



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

MARIA DA GRAÇA DA SILVA CAVACO

ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

Promoção do Aleitamento Materno em Mães de RNPTs internados na
Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido da Maternidade

Daniel de Matos, Coimbra



PORTO

Maio, 2009



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

MARIA DA GRAÇA DA SILVA CAVACO

ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

Promoção do Aleitamento Materno em Mães de RNPTs internados na
Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido da Maternidade
Daniel de Matos, Coimbra



Dissertação de Mestrado em Ciências de
Enfermagem, apresentada ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar e realizada
sob a orientação da Professora Doutora Dulce
Maria Pereira Garcia Galvão.

PORTO

Maio, 2009

AGRADECIMENTOS

Desta forma quero expressar o meu agradecimento:

A todos que de forma implícita ou não, me incentivaram e contribuíram para a realização deste estudo.

De forma muito especial à Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão por acreditar neste trabalho e pela sua prestimosa orientação.

À Professora Luísa Pinto Coelho e Professora Ana Albuquerque Queirós, pela disponibilidade, apoio e carinho demonstrados.

Às amigas Leonor e Elisabete, pela amizade e companheirismo demonstrado desde o primeiro momento. Um bem-haja por todos os momentos partilhados.

À colega Sílvia Carvalho, à afilhada, amiga e colega Célia Bernardino e aos restantes colegas de serviço, pelo apoio incondicional ao longo deste caminho.

Às mães entrevistadas neste estudo que amavelmente partilharam comigo as suas experiências.

Ao Jackson e à família, pais, irmã, cunhado e sobrinhas, pelo amor e carinho demonstrado neste momento particular da minha vida.

O meu Muito Obrigado!

Resumo

Apesar da literatura evidenciar que o leite materno é o alimento mais adequado para a alimentação dos recém-nascidos, observa-se, de um modo geral, uma baixa incidência na amamentação dos mesmos, agravando-se nos que nascem antes do término da gravidez. Existem inúmeros factores que contribuem para a baixa incidência da amamentação, estando os principais relacionados com as características inerentes à própria prematuridade e às intercorrências clínicas decorrentes da necessidade de hospitalização prolongada (Delgado & Halpern, 2005). Outro factor prende-se com a falta de incentivo e apoio por parte dos profissionais de saúde às mães deste grupo de recém-nascidos (Matuhara & Naganuma, 2006a).

Desta forma, procurou-se saber que tipo de incentivo e apoio recebem as mães de recém-nascidos pré-termo da Unidade de Cuidados Intensivos da Maternidade Dr. Daniel de Matos, em Coimbra, bem como se esse incentivo e apoio vai ao encontro das necessidades dessas mães. Procurou-se, igualmente, conhecer a experiência de amamentar dessas mães na referida Unidade.

Para alcançar esses objectivos recorreu-se a uma abordagem fenomenológica, tendo-se para o efeito seleccionado a entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados. Participaram no estudo nove (9) mães de recém-nascidos pré-termo internados na Unidade entre os meses de Julho a Outubro de 2007. Para análise dos dados optou-se pela proposta de Análise Fenomenológica de Giorgi. Dessa análise transpuseram-se cinco grandes temas: *impacto de um nascimento prematuro*, *percepção materna sobre aleitamento materno*, *incentivos que as mães receberam para poderem iniciar e manter o aleitamento materno*, *apoios que as mães receberam para amamentar* e, por último, *competências e necessidades maternas ao amamentar no momento da alta*. Destes cinco temas emergiram, respectivamente, diferentes categorias e subcategorias.

Os resultados principais revelaram que o impacto de um nascimento prematuro provoca sentimentos iniciais de medo, choque, tristeza e ansiedade nas mães. Contudo, evidenciaram através dos seus depoimentos que se sentiram incentivadas e apoiadas no processo da amamentação, pelos vários profissionais de saúde. Destacaram, no entanto, o papel do enfermeiro como o profissional que mais promoveu a amamentação.

Apesar do incentivo e apoio à amamentação referido, no momento próximo da alta, algumas das participantes revelaram sentimentos de insegurança, podendo-se afirmar que a Unidade em epígrafe precisa melhorar e implementar novos aspectos relacionados com o aleitamento materno.

Abstract

Although literature points the mother's milk as being the most suitable food for the feeding of newborns, it is verifiable, in general terms, a low incidence with breastfeeding, a situation that worsens with children who born before the end of pregnancy. There are numerous factors which contribute for a low rate in breastfeeding, the more significant being related with the pre-term condition itself and to the clinical developments and necessities of a prolonged hospitalization, which takes course under this situation. (Delgado & Halpern, 2005). Another factor relates with a lack of incentive and support on the behalf of health professionals towards the group of mothers of these newborns. (Matuhara & Naganuma, 2006a)

The theme for this study is related with Infant Feeding, more precisely with the promotion of breastfeeding in pre-term newborns. For this matter, we have followed the breastfeeding experience with mothers of pre-term newborn children from Dr. Daniel de Matos Maternity's Intensive Care Unit, from Coimbra. The kind of incentives and support that are given to these mothers by the multidisciplinary team was equally accounted for, as well as it's suitability to their needs.

In order to meet these goals, we have conducted a phenomenological approach towards the given problematic in research, by establishing the semi-structured interview as our instrument in gathering data. Nine (9) pre-term newborn mothers took part in the study between July and August 2007, from the referred unit. Giorgi's Phenomenological Analysis, was the data analysis method opted. From its application, five (5) themes emerged from the phenomenon approach: Impact of premature birth; Maternal perception on breastfeeding; Incentives given to the mothers in order to initiate and maintain breastfeeding; Support given to the mothers to breastfeed along with competence and maternal needs on breastfeeding at the discharging moment. From these five themes, different categories and sub-categories have emerged. Our main results reveal that the impact of a pre-term birth provokes initial feelings of fear, shock, sadness and anxiety in mothers. However, mothers have reported incentive and support during the breastfeeding process, by all health care professionals. They have pointed the role of the nurse as being the one who most actively promotes the breastfeeding.

Beyond the referred incentive and support to breastfeeding, feelings of insecurity are detected on some the participants next to the discharging moment. Therefore, it can be stated that the portrayed unit needs to improve and implement new aspects related with maternal feeding.

Regarding the first theme – Impact of premature birth, it has been verified that the participating mothers revealed feelings of fear, shock, sadness and anxiety when separated from their children. With the second theme – Maternal perception on breastfeeding, two categories emerged. In respect to the importance of breastfeeding for the newborn, mothers are unanimous in pointing out the benefits of this practice. They also state that healthcare professionals are keen in underlining the importance of the mothers' milk and that this perception had influenced and helped them to provide to their children properly. The participants in this study also realized the difficulties associated in feeding a newborn in premature condition, both with themselves and within the unit's care routines. Mothers felt motivated to initiate and maintain feeding. From this third theme, in order to stimulate maternal milk production, the mothers have pointed out that nurses promote premature milk extraction, respecting an extracting period. Along with this fundamental incentive to start and keep production, mothers were able to benefit from the kangaroo-care and by placing the newborn by their chest. Another category found when approaching this theme refers to the information supplied by professionals regarding the advantages of maternal milk. With practical help, mothers stated that nurses placed the newborn by the chest, observed the feeding, gave support with the required equipment for extraction, conservation and storage of maternal milk and supplied with Ocitocinon® therapeutics.

However and because of feelings of insecurity referred and felt by the participants next to the discharging moment, it can be stated that the portrayed unit needs to improve and implement new aspects related with maternal feeding.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIG – Adequado para a Idade Gestacional

AM – Aleitamento Materno

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

GIG – Grande para a Idade Gestacional

gr – gramas

IgA – Imunoglobulinas A

IgG – Imunoglobulinas G

IgM – Imunoglobulinas M

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo dos bebês

LLL – La Leche League

LM – Leite Materno

LMPT – Leite Materno de Mães de pré-termos

MDM – Maternidade Dr. Daniel de Matos

MPM – Mãe para Mãe

NEC – Enterocolite Necrosante

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

PN – Peso de Nascimento

QI – Quociente de Inteligência

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

RNPTs – Recém-nascidos Pré-termo

SSMO – Sistema Sensorio Motor-oral

SG – Semanas de gestação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINR - Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WABA - World Alliance for Breastfeeding Action

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. AMAMENTAÇÃO.....	14
2. PREMATURIDADE E AMAMENTAÇÃO.....	24
2.1. AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	31
2.1.1. Período que antecede a Amamentação.....	32
2.1.2. Período da Amamentação.....	34
3. PROMOÇÃO, INCENTIVO E APOIO DA AMAMENTAÇÃO EM MÃES DE RÉCEM-NASCIDOS PRÉ-TERMO.....	38

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	46
1.1. JUSTIFICAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	48
1.2. FINALIDADE DO ESTUDO.....	50
2. METODOLOGIA E MATERIAL UTILIZADO.....	51
2.1. PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	54
2.1.1 Caracterização dos participantes no estudo.....	56
2.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO ONDE DECORREU O ESTUDO.....	57
2.3. A COLHEITA DE DADOS: INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS.....	60
2.4. TRATAMENTO DOS DADOS.....	64

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	67
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	101
5. PRINCIPAIS CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES	116

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

- ANEXO 1 – Pedido de autorização para a realização do estudo
- ANEXO 2 – Grelha de dados sócio-demográficos dos participantes
- ANEXO 3 – Guião da entrevista
- ANEXO 4 – Termo de consentimento informado para participação no estudo
- ANEXO 5 – Exemplares das entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Definições de Fenomenologia

QUADRO 2 – Caracterização das mães/RNPT participantes no estudo

QUADRO 3 – Modelo de Análise Fenomenológica segundo Giorgi (1985)

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1 – Esquema representativo da abordagem do fenómeno

ESQUEMA 2 – Esquema representativo do 1º Tema

ESQUEMA 3 – Esquema representativo do 2º Tema

ESQUEMA 4 – Esquema representativo do 3º Tema

ESQUEMA 5 – Esquema representativo do 4º Tema

ESQUEMA 6 – Esquema representativo do 5º Tema

INTRODUÇÃO

O grande desafio de hoje a ser enfrentado pelos profissionais das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é cada vez mais a humanização da assistência, uma vez que o avanço da tecnologia se foi superando ao longo dos tempos (Barbosa & Rodrigues, 2004), permitindo uma maior sobrevivência e uma melhor sobrevida dos Recém-nascidos (RNs). Desta forma, foram surgindo novas preocupações, sendo a nutrição perinatal uma delas. Actualmente, a amamentação é considerada a forma mais equilibrada de alimentar o bebé, proporcionando uma combinação única de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios imunológicos, psicológicos e económicos (Levy, 2005; Galvão, 2006; Barros & Ferrari, 2003). Apesar desta valorização científica, as taxas de incidência e a prevalência desta prática estão longe das pretendidas, constituindo assim, um fenómeno causador de preocupação e também de investigação (Pereira, 2004). Apesar de alguns esforços e embora a maioria das mulheres estejam informadas sobre os benefícios do leite materno (LM), o empenho na amamentação desvaneca-se logo nos primeiros dias e/ou no primeiro mês após o nascimento por diversas e variadas razões, agravando-se ainda quando se tratam de bebés pré-termo. Rocha, Martinez e Jorge (2002), referem que o aleitamento materno (AM) em bebés pré-termo, comparativamente a bebés de termo é mais difícil de ser iniciado e mantido, fazendo com que muitos destes bebés não cheguem a ser amamentados.

Enquanto enfermeira em neonatologia há mais de oito anos, aliado com a nossa preocupação constante com a qualidade de vida dos Recém-nascidos pré-termo (RNPTs) sentiu-se a necessidade e o incentivo para explorar este tema. Isto porque acreditamos que é possível não só lutar pela sobrevivência destes bebés, como estabelecer um caminho que os leve a serem alimentados exclusivamente com LM, mesmo perante circunstâncias tão adversas como a prematuridade e o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O desafio é proporcionar a nutrição

adequada nos primeiros anos de vida; anos estes que contribuem decisivamente para a qualidade de vida futura, na prevenção de muitas situações patológicas.

Sabemos que à medida que vamos adquirindo mais experiência técnica, canalizamos o pensamento para um patamar mais holístico aumentando a nossa preocupação com a qualidade de vida dos RNPTs, abraçando desafios mais complexos, deixando de estar apenas envolvidos com as máquinas, ansiosos e atentos ao que elas nos transmitem (Barbosa & Rodrigues, 2004).

A atenção personalizada, integral e individualizada, o respeito pelos direitos dos pais destes bebés, o cuidado da união mãe-filho, o contacto precoce pele a pele são processos decisivos que os profissionais levam a cabo para proteger, incentivar e promover o AM neste grupo de bebés (Aguayo Maldonado, 2001), destacando o papel do enfermeiro como o profissional de saúde que muito pode contribuir nesta área.

Reconhecendo este papel de extrema importância propusemo-nos escolher este estudo de investigação, cujo intuito foi o de conhecer os incentivos e apoios que as mães de RNPTs na Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido (UCIRN) da maternidade Dr. Daniel de Matos (MDM) recebem para amamentar.

Para isso, elaboramos uma questão norteadora que tivemos sempre presente ao longo da realização deste estudo.

- Que medidas de incentivo e apoio da amamentação são desenvolvidas junto das mães de RNPTs internados na UCIRN da MDM para que amamentem os seus filhos (as)?

Para além disso, foi nosso propósito também, identificar se esse incentivo e apoio vai ao encontro das necessidades das mães de RNPTs da referida Unidade. Finalmente, objectivou-se conhecer a experiência de amamentar dessas mães.

Sendo a amamentação um fenómeno e tendo como base as crenças filosóficas de Enfermagem sobre o ser humano e a natureza holística da profissão, achamos que a utilização da abordagem fenomenológica iria de encontro aos objectivos deste nosso estudo. Desta forma, recorreremos a uma abordagem fenomenológica de carácter interpretativo. Embora o presente estudo não permita uma generalização dos resultados obtidos, estamos convictas que suscitará momentos de reflexão, que serão certamente motivadores para prestar melhores cuidados ao RNPT, fazendo-nos reflectir sobre as nossas práticas.

Os dados foram obtidos junto de nove participantes do sexo feminino, mães de RNPTs internados na UCIRN da MDM que permitiram responder aos nossos objectivos. Recorremos a uma amostra intencional, tendo como instrumento de colheita de dados uma entrevista semi-estruturada.

Este relatório está dividido em duas partes. Na primeira parte, fundamentação teórica, desenvolveram-se os temas fundamentais deste trabalho, sendo o primeiro relativo à amamentação e à definição de vocábulos que lhe estão subjacentes, na perspectiva de uniformizar a linguagem tanto para os investigadores como para todos os leitores interessados neste estudo. O AM desses bebés internados em UCIs, bem como o incentivo e apoio às mães dos mesmos, foram igualmente objecto da Fundamentação Teórica. A segunda parte, estudo empírico, integrou a apresentação do estudo, formalizando o problema, questão de investigação e respectivos objectivos. Ainda nesta parte do estudo, fizemos referência aos critérios de inclusão dos participantes e a sua caracterização e descrevemos o espaço onde iria acontecer a investigação. Apresentamos o instrumento de colheita de dados respeitando e fazendo alusão aos aspectos formais e éticos. Após um estudo sobre as diferentes propostas de análise de dados, optamos pela proposta de análise de Giorgi (1985). O método de Giorgi é um dos mais conhecidos e utilizados no campo da Psicologia Fenomenológica e na pesquisa das Ciências da Saúde. Apresentamos e analisamos os dados à luz da Fenomenologia.

Na discussão, enquadrámos os resultados com a revisão da literatura e confrontamo-los com os de outros estudos de investigação.

Finalizamos com diferentes propostas para futuros trabalhos, assim como sugerimos diferentes acções e/ou projectos que em nossa perspectiva beneficiariam muito a promoção da amamentação dos RNPT na Unidade em questão. Terminamos com uma breve apresentação das limitações pessoais e metodológicas encontradas ao longo da realização do estudo.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na perspectiva de Fortin (1999) rever a literatura consiste no balanço do que existe no domínio da investigação em estudo. A pesquisa documental é, portanto, uma etapa essencial em qualquer caminho de investigação (Fortin, 1999).

Seguindo esta perspectiva, inicia-se esta primeira parte do trabalho com uma Fundamentação Teórica sumária, onde se apresenta e analisa os conceitos mais relevantes para o presente estudo e as relações entre eles. É composta por três pontos, sendo o primeiro relativo à amamentação e à definição de vocábulos que lhe estão subjacentes, na perspectiva de uniformizar a linguagem, tanto para os investigadores como para todos os leitores interessados neste estudo. Posteriormente, no segundo ponto são explícitas as vantagens do LM para os RNPTs, assim como, o percurso alimentar dos mesmos em UCIs. A promoção do AM, bem como o incentivo e apoio às mães dos RNPTs, constituem o terceiro ponto desta parte do estudo.

1. AMAMENTAÇÃO

O AM é considerado um passaporte para uma vida mais saudável. Na opinião de Pereira (2004), é uma linguagem do século XXI que permite “navegar” ao longo da vida com mais qualidade.

A amamentação é comparada a uma vacina barata, segura, eficaz e de administração oral que a natureza nos faculta, impossível de reproduzir (Cattaneo et al., 2004).

Antes de encetar esta temática e de apresentar a sua evolução histórica, achou-se conveniente definir vários termos relacionados com diferentes maneiras de nutrir os RNs, em especial os RNPTs, termos esses aceites internacionalmente, de forma a compreender a sua utilização ao longo deste trabalho.

Em relação às definições dos diversos termos alusivos ao AM, o Dicionário da Língua Portuguesa (2004) define **Amamentar** como o “dar de mamar a; criar ao peito; aleitar; nutrir; alimentar” e **Amamentação** como o “acto de amamentar” (p. 81). Tanto o termo aleitação, como o termo amamentar refere-se sempre “ao acto de dar de mamar, aleitar, criar ao peito (...)” (Pereira, 2004, p. 77). Também na consulta do dicionário de sinónimos, amamentação refere-se a aleitação ou a aleitamento.

Quando se fala em aleitamento é sempre referente ao LM, o mesmo se passa quando nos referimos a amamentação. No entanto, e na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo AM abrange outras formas de alimentar sem ser ao peito, como quando é administrado por copo, ou colher ou eventualmente biberão ou sonda. Ao longo do presente estudo, e de acordo com esta definição da OMS, quando se fala em amamentação significa que o bebé é sempre nutrido ao peito e, quando se refere AM englobam-se outras formas de alimentar mas utilizando igualmente o LM, no entanto, extraído artificialmente.

A alimentação artificial refere-se à administração de qualquer outro leite sem ser o materno. Nesta perspectiva, não pode existir o termo “aleitamento artificial”, ou seja, não é correcta a sua utilização.

Ainda neste contexto importa referir que a OMS, também com o objectivo de uniformizar a utilização dos termos, em 1991 estabeleceu significados ainda mais precisos de AM, aceites internacionalmente. As categorias criadas foram as seguintes (Giugliani, 2000; Cattaneo et al., 2004):

- **Aleitamento materno exclusivo** – a criança recebe somente leite humano da sua mãe, ou de uma ama, ou leite extraído, sem outros líquidos ou sólidos com excepção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- **Aleitamento materno predominante** – a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas, soluções de sais de re-hidratação oral, gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas);
- **Aleitamento materno** – a criança recebe leite humano (directo da mama ou extraído);
- **Aleitamento materno complementado** – a criança recebe LM e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

As categorias “AM exclusivo” e “AM predominante” juntas, formam a categoria chamada na língua inglesa, *full breastfeeding*, e designada por “Completa” nos cursos de Aconselhamento em AM. Embora não haja uma definição precisa para alimentos suplementares e complementares, aceitámos e adoptámos os termos definidos por Elsa Giugliani num artigo de revisão sobre AM. Segundo esta autora, o termo **suplementar** é utilizado quando se dá “água, chás e/ou substitutos do LM a crianças nos primeiros meses de vida”. O termo **Complemento** refere-se a “alimentos indicados para complementar o LM a partir dos seis meses de idade” (Giugliani, 2000, p. 239).

Desde a sua existência, a espécie humana amamenta os seus descendentes e estes estão geneticamente programados para receber os benefícios deste tipo de alimento tão específico. Alimento este completo e vivo, que apesar de toda a evolução tecnológica da actualidade, ainda é impossível de reproduzir, não se conhecendo todos os seus elementos (Rego, Ribeiro & Guerra, 2005).

Por muitos séculos a amamentação foi considerada como um acto puramente biológico. No entanto, ao observar a evolução e História da nossa espécie, verificamos que também está intimamente ligada à história das diversas sociedades e à sua evolução socio-económica, política e cultural. Desta forma, não podemos classificar a amamentação apenas como um acto biologicamente determinado (Ichisato & Shimo, 2002), pois a própria História demonstra o contrário.

A amamentação é um fenómeno antigo, com certeza tão antigo quanto a própria História do Homem, e a sua primeira descrição remonta a séculos anteriores a Cristo. Os diferentes tipos de amamentação já eram conhecidos na Grécia e Itália no ano de 4000 e no ano 888 antes de Cristo. Foram representados em forma de desenho nas ruínas de Ninevah, no Egipto (Ichisato & Shimo, 2002). A mitologia Grega, por sua vez, conta a história de Rómulo e Remo, dois irmãos gémeos, abandonados que foram amamentados e protegidos por uma loba.

Com o surgimento do cristianismo, a protecção às crianças aumentou e o mesmo se passou com o incentivo à prática da amamentação (Vinagre & Diniz, 2001). Vários trechos bíblicos referem-se ao LM recomendando-o, como alimento digno e puro. No salmo 139 é referenciado a graça de alimentar ao seio “Senhor, te formaste meu interior e me teceste no seio de minha mãe, por isso graças te dou” (Avelar, 2007).

As mães egípcias, babilónicas e as hebreias amamentavam os seus filhos até aos três anos de idade (Ichisato & Shimo, 2002). Os gregos e os romanos ricos valorizavam o leite humano mas já nessa altura alugavam escravas como amas de leite para alimentar os seus descendentes. Não deixando por isso de serem criticados por moralistas e filósofos romanos contemporâneos, pois estes, acreditavam que o vínculo estabelecido entre a ama de leite e a criança molestavam a relação da criança com a sua mãe biológica (Ichisato & Shimo, 2002). Outra curiosidade histórica sobre AM aconteceu em Esparta, Grécia antiga, onde a todas as mulheres era exigido que amamentassem os seus filhos para que os tornassem guerreiros mais fortes. Segundo Plutarcos, o sucessor do rei Themesis foi o seu segundo filho e não o primeiro, contrariando a tradição, isto porque o primogénito não foi amamentado (Panhoca, 2007).

Passada a época em que a amamentação foi considerada um acto natural e inquestionável, assistimos a uma época em que este acto se tornou absurdo e repugnante. Na Europa, no século XVIII, mais propriamente em França e Inglaterra, o AM era impensável para uma dama da sociedade (Galvão, 2006). As crianças eram consideradas com um ser imperfeito, um estorvo, sendo separadas das mães

e entregues a amas. As mulheres aristocratas não amamentavam por aborrecimento, por nervosismo e fraqueza na sua constituição física (Ichisato & Shimo, 2002).

Já no século XIX a maioria das mulheres amamentavam adequadamente os seus filhos e só recorriam a amas de leite, quando por qualquer motivo não era possível serem amamentados pela mãe biológica. Nesta época, o AM assumiu uma linguagem de dever e obrigação, da qual os médicos lançam mão e depositavam na mãe o dever de amamentar o seu filho sendo este o único alimento. Novamente no século XX, a amamentação sofre alguns avanços e retrocessos. Até a década de 1950, os partos eram assistidos em casa por uma parteira. O bebé “permanecia ao lado da mãe e a amamentação respeitava a sabedoria de uma prática cultural milenar” (Tavares, Xavier & Lamounier, 2003, p. 55). Após a primeira Guerra Mundial verifica-se uma diminuição na amamentação, tendo contribuído para esta diminuição o início da actividade profissional por parte da mulher, e também o aumento de partos no hospital, local com normas rígidas de actuação. Concomitantemente, surgiram novos conhecimentos sobre os leites comerciais e a sua implementação conduziu a um crescente índice de desmame precoce (Tavares et al., 2003). Na fase da segunda Grande Guerra até à década de 70 eram os próprios médicos que prescreviam substitutos lácteos. A indústria, por outro lado, promovia exageradamente esses produtos com vista a grandes lucros e incutindo que o leite artificial era um substituto perfeito ou mesmo superior ao LM.

A redução do AM em todo mundo, nesta fase foi considerada a mais grave modificação do comportamento alimentar registado na História, chegando mesmo a ser comparada a uma crise energética, uma vez que representou o desperdício de um recurso natural, sobretudo nos países subdesenvolvidos (Barros & Ferrari, 2003). Algumas consequências desta fase já foram observadas, como a desnutrição e a alta mortalidade infantil, essencialmente nesses países. Na perspectiva de Giugliani (2000), o pior poderão ser as consequências a longo prazo, estas ainda desconhecidas “já que as transformações genéticas não ocorrem com a rapidez das mudanças culturais” (p. 238).

Após os anos 70, em resposta a denúncias das consequências do uso de leites artificiais, deu-se início ao movimento de resgate da cultura da amamentação (Giugliani, 2000). Segundo a mesma autora, surgiram simultaneamente evidências científicas mostrando a superioridade do LM como fonte principal de alimento, ficando evidentes as desvantagens da substituição do LM por outros leites. Hoje é

consensual de que se deve abolir os rituais hospitalares que interfiram com o estabelecimento e com a continuidade da amamentação, tanto nos bebés de termo, como nos RNPTs (Tavares et al., 2003). Desta forma, surgiu a Carta da Criança Hospitalizada, elaborada por várias associações europeias em Leiden, no ano 1985, onde dizia que após o parto, mãe e filho hospitalizados tinham o direito a ficarem juntos (alojamento conjunto) no mesmo quarto ou na mesma enfermaria, 24 horas por dia.

Nas últimas três décadas diversas associações como a Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), a OMS, entre outras, uniram-se com o objectivo de promover o AM como uma prioridade mundial de saúde. Desde a sua criação em 1948 que a OMS se preocupa com a mortalidade infantil.

Outra das associações que também se destacou foi o aparecimento da “La Leche League” (LLL), fundada em 1956, com o objectivo principal de dar informação, encorajamento e apoio, principalmente através de ajuda pessoal, a todas as mães que quisessem amamentar. Trata-se de uma organização internacional, sem fins lucrativos e é actualmente considerada uma das principais autoridades mundiais em matéria de amamentação moderada por voluntárias. As moderadoras da LLL são mães que tiveram uma experiência positiva com a amamentação dos seus filhos e que posteriormente, após exigente formação, foram certificadas pela liga. Destina-se a todas as mulheres que estejam interessadas na amamentação quer estejam grávidas, a amamentar ou simplesmente tenham o desejo de aprender mais. O apoio é gratuito e é feito através de reuniões mensais, ajuda telefónica, pelo fornecimento de bibliografia alusiva à amamentação, ao parto, à educação e à nutrição. Não se pode deixar de salientar que são mais de 40 anos de história e experiência a ajudar milhares de mães. Em Portugal também temos representantes desta liga, proporcionando o mesmo apoio às grávidas, mães e interessados (www.llli.org/Portugal.html).

A convenção sobre os Direitos da Criança adoptada pela Assembleia-geral das Nações Unidas em 1989 reconhece o direito da criança em gozar do melhor estado de saúde possível. Para isso, os países tomam medidas adequadas para assegurar que todos os grupos da população nomeadamente os pais e as crianças sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do AM, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes.

Não podemos deixar de destacar o encontro sobre AM, uma Iniciativa Global, realizado na cidade de Florença, onde as mesmas organizações, OMS e UNICEF, traçaram a meta global para a década de 90, declarando que:

“Todas as mulheres devem estar habilitadas a praticar o aleitamento exclusivo, e todos os bebés devem ser amamentados exclusivamente com LM, desde o nascimento até os quatro a seis meses. Após esse período, as crianças devem continuar sendo amamentadas ao peito, juntamente com alimentos complementares, até os dois anos ou mais” (Ramos & Almeida, 2003, p. 386).

Deste encontro resultou um documento reconhecido por organizações governamentais e não governamentais em cerca de 30 países, denominado Declaração de Innocenti. Posteriormente, assumiram como código de conduta, um conjunto de dez passos conhecidos como as dez medidas para um AM com sucesso. Um ano depois na Cimeira Mundial para a infância, a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do AM intitulado “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés” (IHAB). Pretendiam com isto a promoção, protecção e apoio ao AM através da mobilização dos serviços de Obstetrícia e Pediatria/Neonatologia dos hospitais. Posteriormente, o estatuto de IHAB foi sendo atribuído a mais de 15000 estabelecimentos de saúde em 134 países. Nesse mesmo ano, também com o objectivo de seguir os compromissos assumidos pelos países com a assinatura do documento, foi fundada a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). No ano posterior à sua fundação, 1992, como primeira Iniciativa, desenvolveu a Semana Mundial de AM para promover as metas da Declaração de Innocenti (Fiocruz, sd).

Mais recentemente, ao comemorarem os 15 anos da Declaração de Innocenti, a UNICEF afirma que as taxas de AM no mundo inteiro aumentaram em pelo menos 15% e estima-se que salvam a vida a mais de seis milhões de crianças por ano. No entanto, os parceiros do Instituto Innocenti alertam que as metas originais da Declaração ainda estão longe de ser alcançadas, referindo que apenas 39% das crianças em países em desenvolvimento são alimentadas com LM durante os seis primeiros meses de vida. Continuam a apontar a falta de informação das mães e a falta de apoio de profissionais de saúde e das comunidades como as principais causas para o não alcance de melhores taxas de AM (Adital, 2005).

Por estes motivos, UNICEF, OMS e outras organizações continuam a pedir aos governos mais acções e investimentos para promover o AM.

Para lhes dar resposta, surgiu mais recentemente na Europa um movimento desenvolvido e co-financiado pela Direcção Geral para a Protecção da Saúde e pelo

Consumidor da Comissão Europeia. Tendo sido redigido um documento com o título “Protecção, promoção e suporte ao AM na Europa: um projecto em acção” apresentado na conferência da União Europeia a 18 de Junho de 2004, no castelo de Dublin, Irlanda (Cattaneo et al., 2004).

No nosso país, as investigações efectuadas sugerem que a evolução do AM se processou de modo semelhante à de outros países europeus.

“A industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do LM tiveram como consequência uma baixa da incidência e da prevalência do AM” (Levy & Bértolo, 2008, p. 7).

Recentemente, em Maio de 1992 foi criada em Portugal a Comissão Nacional IHAB. O Hospital Garcia da Orta foi o primeiro hospital português que recebeu certificado de Hospital Amigo dos Bebés e essa certificação ocorreu por ocasião da conferência internacional sobre AM que decorreu em Lisboa, nos dias 13 e 14 de Outubro de 2005 (UNICEF, 2005).

Segundo a UNICEF (2005), diversas actividades foram levadas a cabo pela comissão nacional ao longo de mais de uma década de existência, das quais, se destacam:

- Divulgação das suas medidas em estabelecimentos de saúde com maternidade;
- A realização de vários cursos de formação em AM em hospitais e maternidades do continente e Madeira;
- *Workshops* de formação de avaliadores;
- Avaliações de rotinas hospitalares;
- Criação de uma linha telefónica “SOS amamentação”;
- Divulgação de um manual do aleitamento.

Em 2002 também foi elaborado o Manual de AM com o apoio do Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde. Este manual é especificamente direccionado para as mães que amamentam e encontra-se disponível em todos os estabelecimentos em que se cuida da criança (Levy & Bértolo, 2008). Actualmente, assim como noutros países, Portugal tem um serviço de atendimento telefónico para as mães que amamentam, com objectivo de responder a todas as questões relacionadas com o AM. A linha telefónica arrancou oficialmente em Novembro de 1998, como uma

experiência piloto, e funciona 24 horas por dia. Este atendimento é feito por voluntários que tiveram formação em “aconselhamento em AM” segundo as orientações da OMS e da UNICEF. Posteriormente, em 2003, surge em Portugal a Associação “SOS Amamentação” sem fins lucrativos tendo como objectivos a promoção ao AM através de acções de formação, informação, divulgação e educação dirigidas não só a grávidas e mães mas também a profissionais de saúde (Amamentação Online, 2007).

A legislação portuguesa sobre esta problemática tem vindo a sofrer várias alterações ao longo dos tempos. Actualmente e de acordo com o Código do Trabalho (2003), a mulher trabalhadora tem direito a uma licença de 120 dias consecutivos, 90 dos quais necessariamente a seguir ao parto e os restantes antes e depois do parto (artigo 35 da Lei nº 99/2003, 27/08). Licença que pode ser acrescida de 30 dias por cada gémeo, além do primeiro (artigo 35 do Lei nº 90/2003, 27/08). No caso das mães ou dos RNs serem internados durante o período da licença a seguir ao parto, esta será interrompida pelo tempo que durar o internamento (artigo 35 do Lei nº 99/2003, 27/08) (Código do Trabalho, 2003). Numa tentativa de permitir à mulher trabalhadora a manutenção da amamentação, a Lei n.º 4/84 prevê no seu artigo 12, pontos 2 e 3 que as mães que comprovadamente amamentam os filhos têm direito a ser dispensadas, sem perda de regalias e de remuneração em cada dia de trabalho por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora para amamentação, enquanto essa durar, e até o filho perfazer um ano de vida, salvo excepções em que se estabeleça acordo entre a trabalhadora e o dirigente do serviço ou organismo (Galvão, 2006). Este direito é garantido mediante a apresentação de declaração sob compromisso de honra e mediante atestado médico de que amamenta o filho e com antecedência de dez dias. No entanto, atribui-se a responsabilidade ao estado pelo facto de implementar a lei de protecção da maternidade apenas com a duração de 120 dias. Esta lei não favorece o aleitamento até aos seis meses, obrigando as mães a retomarem o trabalho levando a interromperem o aleitamento exclusivo no mínimo 60 dias antes do preconizado pela OMS/UNICEF em 2001. Outras leis portuguesas surgiram também no sentido de promover o AM. Entre estas destaca-se a Lei n.º 17/95, artigo 17.º, que refere que a mulher que amamenta está dispensada de prestar trabalho nocturno durante todo o tempo que durar a amamentação (Galvão, 2006).

Há doze anos que também se comemora a Semana Mundial do AM no nosso país. Para comemorar esta semana, várias cidades apresentaram várias iniciativas que

desenvolveram ou pretendem desenvolver no âmbito do AM com o objectivo de promover, proteger e apoiar a amamentação.

Em 2007, a Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra recebeu o estatuto de Hospital Amigo dos Bebés. Mais recentemente, em Outubro de 2008, na conferência sobre AM, o Hospital do Barlavento Algarvio recebeu também esse certificado passando a ser o mais novo Hospital Amigo dos Bebés (Conferência, 2008). Mas o trabalho desenvolvido a nível hospitalar não é suficiente para garantir o sucesso do AM. Por isso, concomitantemente com as candidaturas das instituições portuguesas ao IHAB, surgiu a necessidade de criar Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Amigos dos Bebés, com o objectivo de colmatar lacunas pré-natais e pós-natais, nestas mesmas unidades.

Reconhecido o valor do LM como promotor de saúde, assistiu-se a um ressurgimento Europeu de criar Bancos de Leite Humano, tendo em conta os resultados dos já implementados na América do Sul, Brasil e Canadá. Portugal não é excepção e actualmente começa a dar os primeiros passos (Jesus, 2008). Segundo o director Jorge Branco da Maternidade Alfredo da Costa, o primeiro Banco de Leite Humano português será inaugurado entre 15 de Dezembro de 2008 e inícios do 2009 (Conferência, 2008). Desde o início deste ano (2009), que de facto entrou em funcionamento o referido Banco.

Apesar de todas estas iniciativas, Portugal tem avançado muito pouco nas estratégias de promoção, protecção e suporte ao AM. No nosso país escasseiam as investigações sobre AM e as estatísticas não são concludentes quanto ao número de mães que saem das maternidades a amamentar (Pereira, 2004).

Em Portugal, segundo os resultados de um estudo efectuado em 2003, verificou-se que em 1998/1999 iniciaram o aleitamento em 90% das mães, 85% amamentaram à saída da Maternidade, 63% amamentaram até aos três meses de idade, 34% aos seis meses e apenas 16% aos 12 meses. Também outro estudo realizado por Alves et al. (1999) concluiu que apesar de existirem elevadas taxas de adesão ao AM, em 97.3% houve um declínio importante no 1.º mês de vida dos bebés, declínio este que, se bem que menos acentuado, se manteve até ao sexto mês (Pereira, 2004, p. 40).

O AM é inquestionavelmente o melhor dote, a melhor dádiva que uma mãe pode doar ao seu filho. Tornando-se todos estes esforços conseguidos ao longo dos tempos condição indispensável para a sua efectiva prática.

Apesar desta evolução histórica ser favorável à amamentação, concordamos com Pereira (2004), quando afirma que, muito caminho ainda tem de ser percorrido de forma a fomentar uma cultura do AM a nível nacional e internacional.

2. PREMATURIDADE E AMAMENTAÇÃO

Os importantes avanços verificados na Pediatria Neonatal permitiram a sobrevivência de RNs, antes considerados inviáveis pelas condições clínicas adversas e pela prematuridade. Actualmente, a dimensão tecnológica nas UCIs compreende diferentes tipos de aparelhos ventilatórios, monitores que captam as variáveis fisiológicas, incubadoras cada vez mais aperfeiçoadas e o uso de drogas eficazes no despiste das mais variadas patologias, destacando-se essencialmente o uso dos corticóides pré-natal e a terapia de reposição com surfactante (Ramalho, 1991; Rugolo, 2005). Tudo isto tem contribuído para mudar a realidade de sobrevivência destes bebés (Feferbaum & Falcão, 2003).

A prematuridade ocorre no contexto da interrupção de um período do ciclo vital do ser humano – o período da gestação. O termo bebé pré-termo apareceu na língua inglesa por volta de 1870. Até aqui os prematuros eram normalmente chamados de “bebés fraquinhos” (Wolke, 1995; Resende, 2000).

No ano de 1919, a OMS recomendava classificar o RN consoante o seu peso. O peso era um dos parâmetros antropométricos mais utilizados para avaliar o estado nutricional do RN, nas UCIs (Tamez & Silva, 2002). Por isso, houve necessidade de qualificar o RN segundo uma classificação nutricional, através do peso de nascimento (PN):

- PN <2.500 gr – RN de baixo peso,
- PN <1.500 gr – RN de muito baixo peso,
- PN <1.000 gr – RN de muitíssimo baixo peso.

Ainda podiam ser classificados de acordo com o peso em relação à idade gestacional da seguinte forma:

- GIG – grandes para a idade gestacional,
- AIG – adequados para idade gestacional,
- PIG – pequenos para a idade gestacional.

Na década de 70, a Academia Americana de Pediatria decidiu que seria mais correcto classificar o RN de acordo com a idade gestacional, não levando em conta

apenas o peso, “pois em certos casos, o RN pode pesar menos de 2500 gr e ser de termo” (Tamez & Silva, 2002, p.12).

Para Thompson e Aswill (1996), a idade gestacional é o tempo real, da concepção ao nascimento, que o feto permanece no útero. O período gestacional está dividido em três semestres. O primeiro vai desde o primeiro dia da última menstruação até a 13ª semana. Em relação ao segundo trimestre começa no fim do primeiro trimestre até às 26 semanas de gestação (SG) e o último, compreende as 26 SG até ao nascimento. Importa ainda referir que o período neonatal compreende a data de nascimento até aos 28 dias de vida.

A definição de prematuridade pode fazer-se a partir da idade gestacional. Considera-se parto prematuro quando a gravidez termina antes das 37SG. “Considera-se parto pós-termo quando a gravidez se prolonga por mais de 42 semanas” (Tamez & Silva, 2002, p.2). Ainda os mesmos autores referenciam que os partos prematuros, principalmente antes das 32SG, são os que acarretam maiores riscos de complicações para o RN. Os prematuros podem ser classificados em: **moderadamente prematuros**, se nascem entre as 35 e 37 semanas os **muito prematuros**, se nascem entre as 30 e as 34 semanas, **prematuros extremos** se nascem entre as 26 e 29 semanas e os **micros prematuros** se nascem antes das 26 semanas. Estes últimos são os que inspiram maiores cuidados e maior probabilidade de morbilidade e mortalidade. Têm uma probabilidade de 16% de sobreviver. A possibilidade de sobrevivência dos RNs entre as 23 e 26 SG aumenta 2% por cada dia que passam nas UCIs (Tamez & Silva, 2002).

Os problemas respiratórios devidos à imaturidade pulmonar, o risco de sangramento intraventricular causado pela fragilidade dos capilares cerebrais e a susceptibilidade a infecções decorrente do sistema imunitário imaturo, entre outras, são as complicações que mais preocupam os que recebem estes bebés nas UCIs. Nos últimos tempos, a frequência de partos prematuros aumentaram. Pode associar-se ao aparecimento de novos factores de risco, como por exemplo, o facto de se engravidar cada vez mais tarde. Outro factor de risco relaciona-se com o crescente recurso a técnicas de inseminação assistida que, por sua vez, se associa a uma maior probabilidade de gestação múltipla (Tamez & Silva, 2002).

Feferbaum e Falcão (2003) afirmam no seu prefácio, que um dos maiores desafios na terapêutica destes bebés é o de nutri-los. Neste contexto, nos últimos anos destaca-se o LM como nutriente fundamental e inigualável para o RNPT.

A promoção do AM nas UCIs representa actualmente uma bandeira para os profissionais de saúde que contactam diariamente com RNPTs, especialmente com RNs de muito baixo peso, ou seja, com peso inferior a 1500g. Já é consensual que o leite humano é o alimento de escolha para ser oferecido ao RN de qualquer peso e idade gestacional. O efeito mais notório da amamentação recai na redução da mortalidade infantil, principalmente em crianças pequenas devido ao efeito protector contra infecções, diarreias e problemas agudos respiratórios (Giugliani, 2000).

A Mortalidade infantil é considerada como um dos melhores indicadores da qualidade de vida e assistência à saúde, bem como do nível sócio-económico de uma determinada população. Segundo Maranhão, Joaquim e Siu (1999), a Mortalidade infantil pode ocorrer na idade neonatal, (compreendendo os óbitos ocorridos até ao 27.º dia de vida) e na idade pós-neonatal ou infantil tardio (os óbitos ocorridos do 28.º dia até um dia antes de completar um ano de vida).

A idade pós-neonatal é a responsável pela maior parte da redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, em contra partida a idade neonatal representa a maior parcela da taxa de mortalidade infantil (Maranhão et al., 1999). “Bastante preocupante é o fato de que 90% da mortalidade de RNs no mundo ainda ocorram em países em desenvolvimento, onde há poucos recursos e a disponibilidade tecnológica da saúde tem diferentes prioridades” (Weirich & Domingues, 2001, p. 1).

O AM previne mortes desde os primeiros dias de vida. Num documento relativamente recente, a Academia Americana de Pediatria cita outros benefícios, como uma protecção contra a síndrome de morte súbita, a diabetes insulino-dependentes, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, linfoma, doenças alérgicas e outras doenças crónicas do aparelho digestivo (Pedro, 2002; IMeN, 2006). Outros estudos demonstram que RNPTs alimentados com LM apresentam redução na incidência de infecções, enterocolite necrosante (NEC), retinopatia da prematuridade e outras doenças graves que apresentam alta taxa de morbilidade e mortalidade (Nascimento & Issler, 2004).

A condição de prematuridade do RN determina variações na composição do LM, tornando-o adaptado às necessidades do prematuro. O leite de mães de prematuros, especialmente durante as quatro primeiras semanas de vida, contém maiores concentrações de nitrogénio, calorias, gordura, proteínas com função imunológica, cálcio, sódio, vitaminas A, D e E e IgA, fazendo frente às necessidades especiais destes RNs (Nascimento & Issler, 2004).

Os avanços científicos têm permitido um maior conhecimento sobre a composição e benefícios do LM para o RN e particularmente para o RNPT. A divulgação deste conhecimento traduz-se numa mudança de mentalidade da sociedade, em geral tornando a oferta deste leite cada vez mais aceite e incentivada, sendo um consenso mundial de que o melhor leite é o leite da própria mãe.

Existem vários mecanismos que explicam este efeito protector tais como: melhor tolerância ao leite; maturação da barreira da mucosa; presença de constituintes como glutamato, nucleotídeos, factores de crescimento e inibidores de citocinas pró-inflamatórias (INeM, 2006). Um estudo europeu multicêntrico realizado por Lucas e Cole, em 1990, sobre a mortalidade causada pela NEC, verificou que RNPTs não amamentados ou em aleitamento misto tiveram uma probabilidade maior em 10.6 e 3.5 vezes maior de morrer quando comparados com bebés amamentados exclusivamente (Giugliani, 2000).

Mais detalhadamente se expõem as **vantagens nutricionais** do LM para os RNPTs:

- Nas duas primeiras semanas, o leite de mães de RNPTs (LMPT) oferece maior concentração de proteínas em comparação com o leite de mães de RN de termo (IMeN, 2006). A relação caseína/lactoalbumina é mais adequada no LMPT em comparação com o leite de vaca (30% na forma de caseína e 70 % de lactoalbumina). A proteína lactoalbumina é mais facilmente digerida, promovendo um esvaziamento gástrico mais rápido (Matuhara & Naganuma, 2006a);
- O LMPT contém hidratos de carbono constituídos por lactose e oligossacarídeos. A capacidade de absorção da lactose pelo RNPT é superior a 90%. Os oligossacarídeos são polímeros de hidratos de carbono com uma estrutura que imita receptores antigénicos bacterianos, estimulando o sistema imunitário, protegendo a mucosa da acção de bactérias (Matuhara & Naganuma, 2006a);
- O LMPT tem lípidos que constituem 50% do teor calórico, cuja composição é adequada ao metabolismo do prematuro. A digestão e a absorção dos lípidos são facilitadas pela diferenciação da gordura em glóbulos, pela composição dos ácidos gordos, pela elevada concentração de ácido palmítico, oleico, linoleico, linolénico e pela presença de lipase no próprio leite. Por sua vez, a acção da lipase é estimulada pelos sais biliares. O LMPT contém ácidos

gordos de cadeia longa (ácido araquínico e o decosaenoico), associados à cognição, ao crescimento e à própria visão. Os ácidos gordos Ómega 3 do LMPT são essenciais para que haja desenvolvimento normal da retina tanto nos RNs de baixo peso como nos RNPTs. Estes ácidos, juntamente com as substâncias antioxidantes vitamina E, β -caroteno e taurina, podem explicar a protecção oferecida pelo LM contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade (Matuhara & Naganuma, 2006a);

- A quantidade de vitamina A é maior no leite de mães de prematuros do que nas de RNs de termo, principalmente entre o 6.º e o 37.º dias de vida. Depois sofre uma redução com o passar dos dias. Sabe-se que a vitamina A é fundamental na protecção do epitélio respiratório, e consequentemente importante para bebés com displasia broncopulmonar, doença que afecta grande parte dos RNPTs. A concentração de vitamina D no leite de mães de prematuros é baixa e tem sido considerada insuficiente para as necessidades dos mesmos. Em relação à vitamina E, o LMPT apresenta uma concentração maior em comparação ao leite da mãe de RNs de termo (Matuhara & Naganuma, 2006a);
- Em relação ao sódio, o leite produzido por mães de prematuros contém maiores concentrações no primeiro mês de vida. No entanto os RNPTs, em especial os de baixo peso, não possuem um mecanismo suficientemente desenvolvido para conservar o sódio, principalmente, nos primeiros 14 dias de vida, visto que a excreção neste período é elevada. Consequentemente, o RNPT pode desenvolver hiponatremia havendo necessidade de suplemento deste mineral (Calil & Falcão, 2003);
- Em relação ao potássio, a sua concentração aumenta ao longo da amamentação e os seus valores são suficientes e adequados às necessidades do RNPT (Calil & Falcão, 2003).

Outro efeito importante de protecção do leite da própria mãe faz-se através do **sistema imunológico**. As mães expostas ao meio ambiente de Unidades Neonatais, podem induzir a produção de anticorpos específicos contra patogénicos nosocomiais da unidade, que posteriormente estarão presentes no leite e consequentemente protegerão os seus filhos (IMeN, 2006). Vários estudos

referenciados comprovam que diferentes factores influenciam a imunidade dos RNPTs, tais como:

- As concentrações de lactoferrina, lisozima, IgA são maiores no colostro de mães RNs com idade gestacional menor do que as 37 semanas (Matuhara & Naganuma, 2004a). A lactoferrina é uma glicoproteína que se liga ao ferro impedindo os microorganismos patogénicos de utilizar esse mineral no seu metabolismo. A enzima lisozima actua na parede celular bacteriana de microorganismos Gram-positivos e alguns Gram-negativos, com efeito bactericida. A IgA representa 90% das imunoglobulinas presentes no colostro e LM. A sua principal função é bloquear a aderência de inúmeros agentes infecciosos às células intestinais (Calil & Falcão, 2003);
- A lactose do LMPT promove a colonização intestinal de lactobacilius sendo que por sua vez promovem a acidificação do trato intestinal, inibindo o crescimento de bactérias patogénicas, fungos e parasitas (Matuhara & Naganuma, 2006a). O mesmo efeito de acidificação facilita a absorção intestinal de cálcio e ferro no intestino, prevenindo no RNPT a doença metabólica óssea. Para além desse benefício, facilita a eliminação de fezes amolecidas “reduzindo a incidência de obstipação intestinal”, promove o crescimento de uma flora bacteriana não patogénica intestinal, leva “à queda do pH tornando o ambiente impróprio ao crescimento de bactérias patológicas” e facilita a absorção do cálcio e do fósforo no intestino, prevenindo a doença óssea em RNPTs (Calil & Falcão, 2003, p. 218-219);
- O LM de prematuros contém glutamina, arginina e a acetil-hidrolase do PAF (factor activador plaquetário). Estas substâncias têm uma acção essencialmente anti-inflamatória e explica, em parte, o efeito protector do LM contra a NEC (Ceccon, Tanunri & feferbaum, 2003; Matuhara & Naganuma, 2006a). A introdução de colostro (3 a 6 horas após o parto) em pequenas quantidades, como complemento imunológico, protege precocemente contra infecções, tendo um papel importante na prevenção de NEC. Isto, porque “promove a acção específica da colonização bacteriana adequada, modula o crescimento epitelial gastro-intestinal e promove um revestimento da parede intestinal interna com IgAs” (Tavares et al., 2003, p. 56).

Um estudo referenciado por Tamez e Silva (2002), envolvendo RNPTs de baixo peso, evidenciou uma diferença de oito pontos percentuais no **QI** dessas crianças

alimentadas com LM, comparadas com outras crianças de termo alimentadas por leites de fórmulas.

O LMPT apresenta igualmente vantagens na **diminuição da Dor** de RNs de alto-risco, principalmente em bebês prematuros internados nas UCI. Falar em sobrevida não implica qualidade de vida. Ginsburg (1999) afirma que durante 24 horas os RNs com doença aguda internados em UCI estão sujeitos de 50 a 150 procedimentos desde cuidados de enfermagem de “rotina”, até procedimentos invasivos desencadeadores de dor. Esta autora afirma também que os bebês abaixo de 1000g são submetidos em média a cerca de 500 ou mais, intervenções dolorosas ao longo do seu internamento (Testa, Lavrador & Barraca, 2002). É consensual entre os investigadores, que a dor aguda é um dos estímulos mais experimentados nas UCI. Segundo Sparshott (1997), quando o RN experimenta um procedimento doloroso emite **sinais comportamentais**, tais como: alterações do choro, da expressão facial e dos movimentos corporais; emite igualmente **sinais fisiológicos** observáveis pelas alterações da frequência cardíaca, da pressão arterial, da oxigenação sanguínea, da temperatura diferencial, do suor emocional e das alterações hormonais e metabólicas.

Como forma de minimizar estas agressões durante a permanência nas unidades de terapia intensiva, os profissionais recorrem a diferentes medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas. A amamentação pode ser um bom analgésico para RNs. Segundo uma investigação decorrida no Hospital canadiano Mount Sinai, que analisou vários estudos sobre o assunto, amamentar os bebês ajuda, por exemplo, a minimizar a dor sentida na picada durante o Teste de Diagnóstico Precoce. Segundo esses investigadores, os bebês amamentados sentiram menos dor, em comparação com aqueles que apenas receberam contenção, com os que lhe fora oferecido chupeta e com os que tiveram placebo aquando da picada. Como justificação foi referenciado que, o conforto proveniente da presença da mãe, juntamente com a amamentação pode ser a chave desse efeito. O próprio acto de amamentar pode distrair os bebês na hora da dor. Outra justificação é o sabor adocicado do LM. Havendo referido uma outra justificação, a de que o leite poderá conter uma alta concentração de químicos que poderão soltar a produção de endorfinas – analgésicos naturais. O mesmo se concluiu em relação a RNPTs. Baseados em dados relativos a mil RNPTs, concluíram que a amamentação ajuda a diminuir a dor. Contudo, transparece que o estudo não testou o impacto da amamentação sobre a dor associada à repetição de procedimentos dolorosos. Para chegar a tais

conclusões avaliaram os scores de dor, medindo as alterações da frequência cardíaca e respiratória e também a duração do choro dos bebês depois da picada para o Diagnóstico Precoce (Joana, 2006).

2.1. AMAMENTAÇÃO DE RÉCEM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Uma das áreas de cuidados prestados ao RNPTs com maior evolução nos últimos tempos é a da nutrição. Isto porque, o repetido interesse nesta área por parte dos cientistas tem permitido uma modificação substancial nas práticas das Unidades de Neonatologia. O objectivo principal na nutrição dos RNPTs é proporcionar-lhes os nutrientes necessários a um crescimento adequado, igual ao crescimento que teria no útero materno de forma a não limitar um normal desenvolvimento psicomotor (Gomes, 2004). O crescimento adequado segundo este autor, corresponde a 10-15 g/kg/dia, no entanto, devido a diversas situações clínicas e a limitações nutricionais, na prática isso nem sempre é possível. A alimentação continua a ser considerada um desafio, principalmente para os RNPTs e para os RNs de baixo peso ao nascer (Magalhães & Bicudo, 2006). Não existe controvérsia em aceitar o LM como o melhor alimento, no entanto, ainda existem controvérsias quanto ao momento ideal para dar início à nutrição enteral, quanto ao seu aporte, quanto à frequência e à forma de o fazer.

Sabe-se que é muito específico e diferente nutrir um bebé quando nasce antes do tempo, em comparação com um bebé de termo. Este, em princípio, pronto para ser amamentado ao peito. É necessário um acompanhamento rígido, ponderando e reconhecendo as características físicas, as competências, o peso de nascimento, a história *in* útero e finalmente a idade gestacional do RN, para poder compreender todo um percurso nutricional numa UCI.

Podem considerar-se dois períodos nutricionais distintos quando se está perante bebês que nascem antes de se estabelecerem os reflexos de sucção e deglutição, competências que são adquiridas por volta das 32-34 SG. São eles: o período que antecede a amamentação e o período da amamentação propriamente dito.

2.1.1. Período que antecede a Amamentação

O nascimento de uma criança prematura representa uma urgência nutricional tendo em conta as escassas reservas que possuem, que apenas dão para poucos dias e quanto menor for o peso ao nascer, menor a reserva nutricional (Magalhães & Bicudo, 2006).

O período para iniciar a alimentação do RNPT é muito debatido e cheio de dilemas. Envolve riscos, sobretudo para o trato-gastrointestinal que pode não estar pronto para receber o leite (Tamez & Silva, 2002).

A nutrição parenteral está indicada para iniciar o mais precoce possível como suporte nutricional em todos os RNs com peso inferior a 1000g ou doentes, nas quais a possibilidade de nutrição enteral antes de 48-72 horas é improvável. No entanto, quando a nutrição parenteral é usada de modo exclusivo, ocorrem alterações morfológicas e funcionais do intestino, levando a processos clínicos considerados graves e por vezes irreversíveis. É necessário complementar, o mais precoce possível com nutrição enteral. Entre as vantagens da introdução precoce da nutrição entérica destacam-se: o estímulo da maturação e motilidade intestinal, a melhor tolerância alimentar, a redução da incidência de sépsis, a indução da actividade da lactose, maior ganho de peso, incidência mais baixa de distúrbios hepáticos, a menor ocorrência de raquitismo (Magalhães & Bicudo, 2006). Para além destas vantagens, aumenta a tolerância à glicose, melhora a oferta calórica e proteica e diminui a icterícia (Feferbaum, Quintal & Araújo, 2003). Por isso, preconiza-se que a nutrição parenteral seja gradualmente suspensa até que o aporte enteral seja suficiente para garantir o aporte nutricional total. A introdução da nutrição enteral obedece a um princípio: ao da nutrição enteral mínima, ou à também chamada, “nutrição trófica”, que consiste em administrar pequenos volumes de leite, cerca de 15 a 20 ml/kg/dia, aumentando gradualmente ao longo de vários dias (Tamez & Silva, 2002; Tavares et al., 2003). No caso de bebés muito prematuros está indicado a iniciação com LM, no primeiro ou no segundo dia de vida, em pequenas quantidades e tendo sempre em conta a tolerância gástrica do bebé. É recomendado colostro porque tem alto teor de proteínas e um baixo teor de gordura facilitando a sua absorção e digestão (Tamez & Silva, 2002). Segundo os mesmos autores, no caso de RNPTs que nasceram por asfixia perinatal devem aguardar cerca de 48 a 72 horas para iniciar dieta enteral. Estes bebés, mesmo que não apresentem complicações clínicas importantes devido à hipóxia, apresentam uma

diminuição do fluxo sanguíneo para o sistema gastro-intestinal, aumentando o risco de NEC.

Actualmente, também se sabe que a introdução precoce de alimentação entérica acelera o período de transição da sonda para a própria alimentação oral. Volumes de 20ml/kg/h na primeira semana de vida são bem tolerados e não estão associados ao aparecimento de NEC (Tamez & Silva, 2002).

A administração de leite pode ser iniciada por sonda orogástrica ou nasogástrica, apesar de estar mais indicado a administração por via orogástrica, visto que nasogástrica aumenta a resistência respiratória e o RN respira preferencialmente pelas narinas. Pode ser também gástrica ou transpilórica: a primeira é considerada mais fisiológica e a segunda, a transpilórica é utilizada em casos extremos de refluxo gastro-esofágico, intolerância absoluta à alimentação gástrica e na atresia gastro-esofágica (Tavares et al., 2003). Actualmente, a alimentação transpilórica está desaconselhada devido ao aumento da incidência de NEC (Feferbaum et al., 2003). Quando a alimentação é por sonda gástrica, a administração do leite pode ser feita por gavagem (acção da gravidade), intermitente ou contínua. Os estudos de Schanler et al., (1999), reconhecidos por Tavares et al., (2003), demonstraram que a administração de leite por gavagem ou por débito intermitente traz vantagens em relação à oferta de leite de forma contínua.

A administração contínua é mais utilizada no caso de RNPTs com dificuldade respiratória grave ou em RNs com intolerância gástrica quando o leite é administrado por débito intermitente (Feferbaum et al., 2003). Quando se fala de débito intermitente, recomendam-se intervalos de 1 a 2 horas para grandes prematuros e de 3 horas para prematuros limítrofes ou mesmo para RN de termo (Tavares et al., 2003).

O aumento do volume de leite obedece a alguns factores, um deles é a tolerância gástrica do RN. A presença de vômitos, distensão abdominal, resíduos gástricos significativos (superior a 50% do volume administrado), de características anormais ou presença de sangue nas fezes, indicam-nos que existe má tolerância gástrica, sendo importante ponderar-se a suspensão da alimentação enteral. Desta forma, facilmente se depreende a importância de se avaliar os resíduos gástricos sempre que se vai iniciar a administração do leite, bem como o posicionamento da sonda gástrica (Feferbaum et al., 2003).

Como já mencionado, o LM é o recomendado para iniciar a nutrição enteral. Por isso, a extracção do LM é indicada para todas as mães de RNPTs internados nas

UCINs. Essas devem ser encorajadas e incentivadas a iniciar a extracção do leite o mais precoce possível, de forma a estimular a produção de leite. O atraso no início da expressão mamária e a inibição da ejeção de leite em decorrência da ansiedade e preocupação com o RNPT podem dificultar a produção de leite (Nascimento & Issler, 2004).

Ainda neste período, e de acordo com Tavares et al. (2003), os enfermeiros devem explorar a capacidade e estabelecer estímulos precoces de sucção no RNPT. Em todos os RNPTs com menos de 34 SG e/ou no período pós-doença, na presença de um quadro respiratório estável e na presença de “estado de alerta”, a estimulação da sucção (chupeta ou ao peito) é aconselhável (Feferbaum et al., 2003). Embora contra-indicado para RN de termo e controverso em Unidades Neonatais devido à sua associação com um possível desinteresse ao AM, o uso da chupeta pode ser um estímulo vantajoso para o RNPT. É o que demonstra um estudo publicado que concluiu que a utilização de chupetas não afectou a adaptação de RNPTs, (com menos de 34 SG), à mama (Gibbins, Hodnett, Pinelli, Ohlsson & Darlington, 2002). Outra das vantagens da sucção não nutritiva é a estimulação oral, acelerando a aquisição da habilidade de sucção. Para além destas evidências, o uso da chupeta, inibe a hiperactividade e modula o desconforto do RN. Ou seja, a chupeta vai desencadear sensações de bem-estar pelos movimentos rítmicos de sucção, dando origem à libertação de serotonina que ocupa as vias de transmissão da dor (Gibbins et al., 2002). A sucção não nutritiva na chupeta, mão ou dedos ajuda o bebé a organizar-se após o estímulo agressivo, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais (Stevens, 1999). Desta forma, acredita-se que o seu uso deva ser até estimulado com bom senso e de forma selectiva (Guinsburg, 1999).

2.1.2. Período da Amamentação

Observa-se, de um modo geral, uma incidência ainda mais baixa na amamentação ao peito nos prematuros.

Não há consenso na literatura sobre o momento adequado de se iniciar a amamentação ao peito. Os diferentes indicadores tradicionais utilizados são a estabilidade fisiológica, peso superior ou igual a 1500gr, IG igual ou superior que 34 semanas e a capacidade de ingerir todo o volume prescrito. No entanto, ao ponderar apenas o peso, a idade gestacional e/ou a habilidade de sucção na tetina, corre-se o risco de retardar a ida ao peito. O ideal seria levar em conta outros critérios, tais como: critérios comportamentais como acordar antes da toma de leite evidenciando

sinais de fome, como o choro e irritabilidade difícil de acalmar, o sugar na sonda gástrica, o facto de o bebé permanecer longos períodos acordado, apresentar reflexo de procura durante o contacto pele a pele, sucção na chupeta e finalmente a estabilidade cardio-respiratória. A principal dificuldade na alimentação do RNPT é o desenvolvimento da sucção, deglutição, motilidade e esvaziamento gástrico. Uma sucção/deglutição coordenada não se evidencia senão com 32-34SG (Klaus & Fanaroff, 1995). Alguns RNs com 32SG já apresentam condições clínicas favoráveis para a amamentação ao peito, demonstrando estabilidade cardio-respiratória, organização neurocomportamental, padrão de sucção/deglutição e respiração eficazes. Outros com 35SG não apresentam ainda condições favoráveis à amamentação. Cada RNPT é único pelo que a avaliação da adequação dos reflexos e a capacidade de amamentar ao peito passa por uma observação criteriosa e pela decisão em conjunto dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Para além disso, os RNPTs ao iniciarem a amamentação ao peito não precisam necessariamente de apresentar um padrão de sucção igual ao RN de termo mas, precisam apenas de apresentar características que garantam uma sucção eficiente, como: movimento de língua e mandíbula, ritmo e coordenação entre a sucção, deglutição e respiração (Neiva, 2003). O RN de termo e saudável apresenta, durante a sucção nutritiva, bom ritmo de sucção, onde a respiração é interpolada entre as deglutições. No RNPT podem ocorrer alterações entre os reflexos e a respiração ocasionando bradipnéia e/ou apnéia e posteriormente taquipnéia compensatória. Ou seja, neste momento o importante é recorrer-se ao bom senso profissional, ponderando a coordenação dos reflexos e a estabilidade respiratória do RN. Esta realidade fisiológica faz com que muitas vezes os profissionais retardem o início da sucção directa ao peito. No entanto, estudos realizados por diferentes investigadores demonstraram que a amamentação ao peito é mais fisiológica que a alimentação por tetina, observando-se igualmente que a oxigenação durante a amamentação se mantém mais estável, comparativamente à alimentação por tetina, em que na maioria destes casos a pO_2 diminuía de forma significativa (Stine, 1990; Bier & Cols, 1997; Meir, 1988, citados por Tamez & Silva, 2002).

Infelizmente, constata-se que a transição da alimentação por gavagem para via oral é baseada mais nas rotinas dos variados serviços do que na observação e no conhecimento do desenvolvimento do RNPT (Nascimento & Issler, 2004, p.167). Mais uma vez os profissionais têm uma tarefa a desempenhar neste momento. É

importante conhecer-se bem o RNPT, para depois se tomarem decisões acertadas, sem correr o risco de agravar o estado clínico do mesmo.

A conduta relacionada com a amamentação de RNPTs é diferente da conduta com RNs prematuros ou de termo que apresentam patologias específicas que interferem com esta prática. Neiva (2003), aponta como patologias específicas: as neuropatias, síndromes, fenda do palato com ou sem lábio leporino, malformações cardíacas, renais entre outras.

Quanto à frequência, o bebé deve ser alimentado quando acorda com fome, ou seja em regime livre, não deve ser imposto um regime rígido.

A OMS e a UNICEF (1995), referenciaram que a quantidade de leite que os seios produzem depende parcialmente de quanto o bebé suga e de quanto leite ele deglute. Fazendo com que, quanto mais o bebé mama mais leite é produzido (Galvão, 2005). Segundo a mesma autora, a lactação é regulada por um processo de oferta e de procura, em que a procura do bebé regula a oferta.

Os profissionais devem encorajar este regime pois as evidências científicas demonstram que o mesmo diminui a perda de peso inicial e favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento. Para além disso promove uma descida do leite mais rápida, aumenta a duração do AM, estabiliza os níveis de glicose do RN, diminui a incidência de hiperbilirrubinémia e previne o ingurgitamento mamário (Giugliani, 2000, p. 242).

O tempo de permanência em cada mama não deve ser pré-estabelecido. Na perspectiva de Giugliani "...a habilidade do bebé em esvaziar a mama varia entre as crianças e numa mesma criança pode variar ao longo do dia dependendo das circunstâncias". A maior parte dos bebés de termo mamam 90% do que precisam em 4 minutos. Outros, incluindo os RNPT, prolongam mais as mamadas, chegando aos 30 minutos ou mais (2000, p. 242).

O primeiro leite da mamada é mais rico em água e lactose, à medida que a mamada prossegue o leite vai tendo cada vez mais gordura. Por isto mesmo, preconiza-se que o bebé esvazie uma mama e beneficie de todos estes constituintes ao longo da mamada. O bebé necessita tanto do leite do início como do fim para um crescimento e desenvolvimento equilibrado. Só se o bebé continuar com fome, mesmo depois de esvaziar a primeira mama, é que se lhe é oferecida a segunda mama, facto que raramente acontece nos RNPTs durante um internamento na UCI (Levy & Bértolo, 2008).

Como curiosidade, no tempo das “amas de leite” essas mulheres eram obrigadas a alimentar em primeiro os filhos dos patrões e só depois podiam amamentar os seus filhos, fazendo com que os seus filhos recebessem apenas o leite do fim da mamada. Consequentemente, recebiam toda a gordura fazendo-os aumentar de peso e por isso, essas mulheres eram castigadas porque os seus filhos cresciam mais que os filhos dos patrões (Levy & Bértolo, 2008).

Nos RNPTs, mais especificamente nos de baixo peso, a utilização de LM pode ser insuficiente para suprir as necessidades nutricionais destes (Feferbaum et al., 2003). Por isso, actualmente nas UCI recorre-se ao uso de aditivos no LM. Estes não apresentam contra-indicações ou efeitos colaterais, pois preservam as virtudes do LM. São utilizados na alimentação de RNPTs de muito baixo peso, após a segunda semana e já com a ingestão de “volumes superiores a 100 ou a 150ml/kg/dia” (Feferbaum et al., 2003, p.321). Devemos explicar aos pais que o LM aditivado promove “(...) um crescimento adequado com índices bioquímicos dentro dos níveis de normalidade” (Falcão & Mataloun, 2003, p. 280).

Existem outros modos de oferecer o leite ao RN. O uso da alimentação por copo demonstrou vantagens em relação ao biberão. Quando o RN já desenvolveu a coordenação dos reflexos, ele consegue regular melhor o volume de leite ingerido e o sabor do leite na boca estimula a libertação das lipases linguais na digestão das gorduras. No caso dos bebés já se encontrarem a mamar ao peito, o uso do copo para oferecer suplemento ao prematuro tem sido preconizado pela OMS (Neiva, 2003).

Apesar destas evidências científicas, observa-se pouco sucesso na amamentação ao peito entre mães de RNPTs. O desmame do peito ocorre antes da alta do RNPT da Unidade neonatal. Muitas vezes, até têm alta sem experimentar ir ao peito, passando da alimentação por sonda para o aleitamento por tetina e é assim que é alimentado em casa. Apesar de desejável amamentar ao peito os RNs nas UCIs, não se pode deixar de incentivar e apoiar outras formas de nutrir, como o aleitamento por tetina. O AM deve ser sempre incentivado, independentemente da metodologia escolhida, pelas vantagens inquestionáveis do LM.

3. PROMOÇÃO, INCENTIVO E APOIO DA AMAMENTAÇÃO EM MÃES DE RNPTs

Cordeiro e Carvalho (1990), afirmaram que os motivos de declínio da prática da amamentação são inúmeros e de natureza diferente. Dentre todos os motivos, salientaram os seguintes: atitudes dos profissionais de saúde face ao AM; a organização dos próprios serviços; as atitudes dos produtores e dos comerciantes; a urbanização e a família nuclear; menor apoio familiar; trabalho profissional da mulher; precariedade laboral; não cumprimento da legislação; existência de conceitos equívocos sobre a repercussão na estética e nas relações sexuais; o significado do peito como símbolo sexual; o papel negativo do cônjuge; pudor de amamentar em público; falsa relação com a emancipação feminina; a imitação de grupos de referência; supremacia da medicina curativa; as lacunas na formação dos profissionais por desinteresse ou não reconhecimento da importância do AM, a indiferença e por vezes a oposição, o pouco investimento nos cuidados antecipatórios; o racionalismo exagerado dos serviços de saúde; as rotinas rígidas sem comprovação científica; primeira mamada tardia e sujeita a horários rígidos; recurso fácil e exagerado aos suplementos de leite artificial; desconhecimento do código de ética de comercialização dos substitutos de LM; agressividade das práticas comerciais e a influência da publicidade.

Os motivos de declínio do AM nas UCIs contam com muitos destes factores e ainda com outros específicos destas unidades, da prematuridade e das dificuldades maternas. É importante perceber quais os factores encorajadores e os desmotivadores para o início e posterior manutenção do aleitamento/amamentação tanto durante o internamento, como no momento da alta. Tamez e Silva (2002), referem que pode surgir algum desencorajamento relativamente à amamentação e/ou extracção de leite de forma artificial nas mães dos RNPTs, devido a:

- «Falta de consistência das informações fornecidas à mãe pelos profissionais de saúde envolvidos;
- Separação e ansiedade relacionadas com a condição do RN;
- Atitude com relação ao processo de aleitamento, tanto da família envolvida, bem como da equipa de saúde;

- Falta de conhecimento por parte das mães sobre as vantagens do aleitamento para o RN de alto risco;
- Falta do incentivo da participação da mãe activamente na recuperação do seu filho através do aleitamento e ou ordenha do leite».

Para além destes factores desencorajadores, outros factores têm sido apontados como causadores do desmame precoce nas UCI, tais como (Cordeiro & Carvalho, 1990; Matuhara & Naganuma, 2006a):

- Dificuldade materna em iniciar e manter a produção de leite por extracção artificial;
- Dificuldades relacionadas com as infra-estruturas oferecidas pelas instituições;
- Inexistência de manuais de AM;
- *Stress* que enfrentam num ambiente novo, fechado, considerado hostil;
- *Stress* com a preocupação da sobrevivência do bebé e com o seu desenvolvimento futuro;
- Dificuldades relacionadas com a mama na amamentação;
- Valores pessoais e crenças dos profissionais de saúde sobre o AM;
- Falta de coordenação e coerência entre os vários profissionais de saúde;
- O facto dos profissionais acharem que a sucção na tetina/biberão é menos desgastante para o prematuro que a sucção no seio materno, incentivando a sua utilização nas unidades e depois no domicílio;
- Uso prolongado e abusivo de tetinas, mamilos de silicone e chupetas pelo bebé.

Com o enunciar de tantos factores que influenciam o AM nas UCI, verifica-se que antigos preconceitos ainda são visíveis nas atitudes dos profissionais de saúde. No entanto, actualmente vive-se uma fase de desmontagem de mitos e atitudes, que têm suportado a nossa negligência terapêutica e holística face ao aleitamento no RNPT. O compromisso de diferentes organizações, o aumento dos conhecimentos nesta área decorrente da investigação, concomitantemente com o empenho de muitos profissionais que cuidam desses bebés têm sido responsáveis pela implementação apoio e incentivo do aleitamento nesta população. Actualmente, com o aparecimento de novas directrizes de actuação, tem sido possível ultrapassar barreiras e proporcionar uma resposta adequada em relação à nutrição dos RNPTs. Como o enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mãe durante o internamento do seu bebé e tem importante papel nos programas de

educação para a saúde, ele deve, logo de início, proceder ao incentivo do AM por extracção manual ou eléctrica, caso se trate de um prematuro com IG inferior a 34 SG. Para isso, deve acompanhar e promover o processo de adaptação da mãe ao aleitamento, de um modo tranquilo, colmatando assim, dúvidas e dificuldades sentidas, prevenindo possíveis complicações. Este acompanhamento, nesta fase, é imprescindível para se poder passar à fase seguinte – à amamentação ao peito, uma vez reunidas as condições ideais do RNPT. Durante o período de internamento na UCI, muitas mães percebem que amamentar ou extrair leite para o seu filho é uma das muitas acções efectivas que podem fazer para colaborar na sua recuperação. Mas, muito poucas conseguem iniciar e manter uma produção adequada de leite sem receber ajuda qualificada por parte dos profissionais. A promoção, o incentivo, o apoio e o aconselhamento às mães por parte dos profissionais são largamente reconhecidos como fundamental para o sucesso da amamentação (Feferbaum & Falcão, 2003; Serra & Scochi, 2004; Nascimento & Issler, 2004).

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, entende-se por **Incentivo** “aquilo que estimula ou motiva; estímulo; (...) motivador; estimulante (...)” (2004, p.923). Segundo o documento redigido pelos participantes do projecto Promoção do AM na Europa, Incentivos são iniciativas que promovem e apoiam o AM (Cattaneo et al., 2004). Por **Apoio**, o mesmo dicionário transcreve como “acto ou efeito de apoiar; tudo o que serve para amparar ou sustentar; suporte; base; ajuda moral ou material; protecção; auxílio; aprovação. Já **Apoiar** significa “(...) tornar mais firme; (...) fundamentar; reforçar; dar apoio a; ajudar; proteger, recomendar; favorecer (...)” (2004, p.128).

Apoiar segundo a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é um tipo de *assistir* com as características específicas: dar ajuda social ou psicológica a alguém ou alguma coisa para que tenham sucesso, evitar que alguém ou alguma coisa falhe (CIPE/ICNP, 2002). Apoiar implica sempre ajudar alguém. Para isso o profissional de enfermagem tem de acreditar que “esse alguém”, independentemente da natureza do seu problema de saúde é o único detentor dos recursos básicos para os resolver. Partindo deste pressuposto, o papel do enfermeiro é oferecer às mães sem impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais para resolver o seu problema (Lazure, 1994). Na perspectiva dos participantes do projecto Promoção do AM na Europa, o apoio ao AM representa “cuidados profissionalizados que permitam

às mães ganharem confiança e que lhe mostram o que fazer e as protegem de más práticas” (Cattaneo et al., 2004, p.13).

Outras definições podem ajudar a compreender os termos apoio e incentivo, tais como: **Promover**, que segundo a CIPE quer dizer “Ajudar alguém a começar ou progredir nalguma coisa”; **Motivar** é uma forma de incentivo e, segundo a CIPE, motivar é “levar alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade” (CIPE/ICNP, 2002).

A implementação do AM necessita de vários profissionais, quer estejam ligados à saúde ou não, já que o AM é influenciado também por factores culturais, político-sociais e económicos. “O AM é um fenómeno multidisciplinar e pluri abrangente. Diz respeito a várias ciências da saúde desde a enfermagem, à medicina, à bioquímica, às ciências sociais e humanas, à psicologia. É um problema que diz respeito à mulher, ao pai, à família, à sociedade, aos patrões e aos governantes. É sem dúvida uma responsabilidade de todos. É um problema biológico, cultural, psicossocial, que pela quantidade de benefícios que proporciona, deve ser promovido e apoiado por todos” (Pereira, 2004, p.49). Acredita-se que o caminho para o sucesso do AM deva ser implementado constantemente pela interdisciplinaridade e não apenas sob a óptica de uma categoria profissional. É importante implementar um clima de cooperação e de parceria entre profissionais envolvidos no processo de aleitar, falando a mesma “linguagem”, onde sejam verdadeiros aliados, cúmplices e não antagonistas, apostando na qualidade de vida dos bebés, suas famílias e sociedade.

Importa referir que de toda a bibliografia consultada, encontramos diferentes elementos que apoiam e incentivam o AM internacionalmente: Investigadores, apoio de mãe para mãe (MPM), profissionais de saúde, rede comunitária, governos, associações, professores, educadores, doulas, fonólogos, entidade empregadora e conselheiros interpares. O aconselhamento interpares significa o apoio prestado às mães, quase sempre individualmente, por outra mulher (nem sempre uma mãe) treinada especificamente e, muitas vezes, acreditada como conselheira. Os conselheiros interpares podem ser voluntários, ou poderão ser pagos e trabalhar sob a direcção da autoridade de saúde ou entidade que proporciona o programa de aconselhamento. MPM significa o apoio dado por mães experientes que amamentaram, individualmente ou em grupo, em regime de voluntariado.

Os intervenientes da *LLL, National Childbirth Trust* integram-se em organizações importantes e fornecem formação, educação contínua, acreditação, e informações sobre AM. Tem planos operacionais e obrigações bem definidas, incluindo documentação e actualizações frequentes sobre AM, disponíveis para todos os interessados (Cattaneo, et al., 2004).

O tipo de abordagem sobre esta temática tem vindo a modificar-se, deixando a ênfase de estar centrada apenas no bebé, passando a valorizar-se também as vivências maternas ao amamentar nas UCIs. Desta forma, surgiram novas preocupações e novas habilidades de abordagem deste fenómeno, com o objectivo de ir ao encontro do pretendido por cada uma das mães.

Temos consciência que as mães têm a expectativa de uma assistência holística e desejam espaço para expor os seus sentimentos e contextualizar as suas vivências e dificuldades. O profissional de saúde tem de ser capaz de estabelecer uma ponte entre a teoria e a prática para estabelecer uma relação eficaz (Bueno & Teruya, 2004). Os mesmos autores afirmam que ajudar efectivamente uma mãe é o cerne do aconselhamento. O aconselhamento em amamentação é um instrumento utilizado desde 1994 pela Força-tarefa Canadense e Americana. Esta ferramenta foi baseada em evidências científicas e revisões efectivas das intervenções de promoção do AM no mundo. McKinney et al., (1982), definem aconselhamento como uma relação interpessoal, na qual o conselheiro assiste o indivíduo (na sua totalidade psíquica) a ajustar-se mais efectivamente a si próprio e ao seu ambiente. “Ajuda na tomada de decisões das pessoas, para resolverem os seus próprios problemas abrangendo informações objectivas que possibilitam uma melhor utilização dos recursos pessoais” (Bueno & Teruya, 2004, p.127). Conforme Giugliani (2000), o aconselhamento em amamentação mais não é que ajudar a mulher a: tomar as suas próprias decisões de forma empática; em saber ouvir e aprender; em desenvolver-lhe confiança e finalmente, dar-lhe apoio.

Bueno e Teruya (2004), diferenciam o simples acto aconselhar e aconselhamento. Enquanto que aconselhar é dizer o que ela deve fazer; aconselhamento é uma forma de actuação do profissional com a mãe onde ele a escuta, procura compreendê-la e, com os seus conhecimentos, oferece ajuda para que seja a mãe a planear as suas próprias decisões e se fortaleça para lidar com as pressões, aumentando a sua autoconfiança e auto-estima. Com o propósito de atingir o sucesso deste acto, Giugliani (2000) referencia técnicas e atitudes que os profissionais devem adoptar ao aconselhar a amamentação, como:

- Empregar a linguagem não verbal como instrumento de aconselhamento, (mostrar se interessado; sorrir; balançar a cabeça afirmativamente; disponibilizar atenção e tempo para ouvir a mãe,...);
- Fazer perguntas abertas para que a mãe verbalize os seus conhecimentos, dúvidas e sentimentos;
- Demonstrar empatia e que os seus sentimentos são ouvidos e também compreendidos;
- Não usar palavras que soam como juízos de valor;
- Reconhecer e elogiar a mãe quando esta faz as coisas conforme lhe foi ensinado. Para além de aumentar a sua confiança encoraja-a a manter práticas saudáveis e a aceitar sugestões com mais facilidade.
- Comunicar apenas o suficiente para aquele momento de aconselhamento;
- Utilizar linguagem simples, acessível ao nível sócio-cultural da mãe;
- Sugerir em vez de ordenar;
- Informar sobre todos os procedimentos e condutas realizadas.

Por outro lado, Rezende, Sigaud, Veríssimo, Chiesa, e Bertolozzi (2002), afirmam que o desafio é saber comunicar e o que comunicar à mãe. Ou seja, a informação deve ser transmitida apenas quando a mãe reúna as condições necessárias para as receber, absorver, aproveitá-las e implementá-las.

Miranda (1999), refere que a efectividade das informações transmitidas está na adequada comunicação entre os profissionais de saúde e as mães. Tornando estes profissionais “pessoas significativas” ou seja “que exercem influencia marcante sobre a vida dos outros” (Rezende et al., 2002 p. 236). Para que exista um bom processo de comunicação a equipa deve se preocupar com o grau de compreensão que a mãe tem sobre as informações que possui sobre aleitamento e amamentação. As principais dificuldades que surgem nesta área decorrem muitas vezes de: ausência de informação, informações excessivamente técnicas ou incoerência nas informações entre os profissionais.

Para além disso, importa referir que não se pretende que os profissionais assumam uma posição autoritária ao promoverem o AM. Devemos respeitar sempre decisão de cada mãe, inclusive as mães que referem não quer amamentar. O devemos saber e se essa atitude foi tomada ou não segundo propósitos verdadeiros, com evidência científica e não assente em mitos, crenças ou pressupostos falsos. Se essas mães mesmo bem informadas preferem não amamentar, este facto não a

desqualifica de ser uma boa mãe. A tomada de decisão que deve orientar o nosso exercício autónomo será a de ajudar o outro, neste caso, as mães serem proactivas na consecução do seu projecto de saúde, respeitando sempre que bons cuidados signifiquem coisas diferentes para diferentes mães (Sousa, 2008). Neste caso, a atitude que se pretende do profissional será a de aceitar a decisão e aconselhar sobre a utilização correcta, neste caso, do leite artificial. Devemos dar ênfase no prazer em aleitar e não no dever, “já que cada vez estamos inseridos numa sociedade hedonista” (Levy, 2005, p.71).

Embora inter complementar com outros profissionais, o enfermeiro assume-se como um profissional autónomo, capaz de prestar cuidados por si só e de se responsabilizar pelos seus actos. A autonomia do enfermeiro não foi imposta, representa uma conquista árdua e difícil, por isso, cada um de nós enquanto enfermeiro não a deve desvirtuar. Esta autonomia profissional surge neste contexto para evidenciar o papel do enfermeiro como profissional de saúde que apoia e incentiva uma prática tão benéfica para os RNs e em especial para os que nascem antes do tempo.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

A metodologia de investigação, na perspectiva de Fortin (1999), consiste no conjunto de métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica.

Inicialmente, esta parte delimita o problema, justifica a sua escolha e evidencia a sua finalidade. O segundo ponto apresenta os critérios de inclusão dos participantes e caracteriza-os. Contextualiza e caracteriza o espaço que constituiu o campo de trabalho, abordando a sua origem e a sua história. Descreve também o instrumento utilizado para colher os dados e apresenta a análise e interpretação dos mesmos, à luz da Fenomenologia, respeitando e fazendo alusão aos aspectos formais e éticos. A descrição das experiências vividas, ilustrada com citações extraídas das entrevistas, demonstra facilmente as vivências das participantes. Posteriormente faz-se a discussão dos resultados obtidos, bem como se expõem as conclusões principais, considerações finais e sugestões para futuros trabalhos. Finaliza igualmente, com uma breve apresentação das limitações pessoais e metodológicas sentidas ao longo do estudo.

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Qualquer investigador que quer empreender uma investigação, começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse que vá ao encontro das suas inquietações e preocupações.

O AM não é um fenómeno novo, esteve sempre presente ao longo da História da Humanidade, a legitimar está a sobrevivência da nossa espécie (Pereira, 2004).

Nos últimos tempos, o AM deixou de ser visto como uma prática simples e instintiva. Mães e bebés precisam aprender a amamentar e a ser amamentados, respectivamente. Esta aprendizagem que antes era facilitada pelas mulheres mais experientes, hoje depende em grande parte do envolvimento dos profissionais de saúde. Mediante tal circunstância, a amamentação passou a ser reconhecida como tema científico que preocupa estes profissionais, exigindo estudos e pesquisas, para melhor conhecer este fenómeno.

A amamentação é a forma mais natural e equilibrada de alimentar o bebé, proporcionando uma combinação de elementos única, inigualável e incapaz de ser reproduzida (Barros & Ferrari, 2003; Levy, 2005; Rego et al., 2005; Galvão, 2006).

Na década de 90, como anteriormente já foi mencionado, a OMS e a UNICEF traçaram a meta global, declarando que:

“Todas as mulheres devem estar habilitadas a praticar o aleitamento exclusivo e todos os bebés devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, desde o nascimento até os quatro a seis meses. Após esse período, as crianças devem continuar sendo amamentadas ao peito, juntamente com alimentos complementares, até aos dois anos ou mais” (Ramos & Almeida, 2003, p.386).

No entanto, as taxas de incidência e a prevalência desta prática têm variado ao longo dos tempos por múltiplas e diferentes razões e actualmente estão longe do pretendido, constituindo assim um fenómeno causador de preocupação e também de investigação (Pereira, 2004).

Apesar de alguns esforços e embora a maioria das mulheres estejam informadas sobre os benefícios do LM, relativamente ao artificial, o empenho na amamentação

desvanece-se logo nos primeiros dias e/ou no primeiro mês após o nascimento, por diversas e diferentes razões (Galvão, 2006). Razões essas que se potenciam tornando ainda mais difícil o aleitamento dos que nascem antes do tempo. Rocha et al., (2002), referem que o AM em bebês pré-termo, quando comparado com bebês de termo, é mais difícil de ser iniciado e mantido, fazendo com que muitos destes bebês nunca tenham sido nutridos com LM.

Estudos realizados por Lau e Schanler (1996), Schanler et al., (1999), e Vasconcellos (2001), apontam, entre outros factores, a separação prolongada da mãe com o bebê, a ansiedade e o *stress* materno e consequentemente a diminuição da produção de leite, a insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade do seu leite, o comportamento alimentar imaturo do RNPT, principalmente os que têm menos de 1500 gr e/ou menos de 32 semanas e finalmente as rotinas hospitalares (Delgado & Halpern, 2005).

Para além das dificuldades maternas e das inerentes à própria prematuridade, um dos obstáculos do aleitamento surge nos próprios profissionais de saúde, também eles pouco informados sobre a amamentação, não incentivando e apoiando esta prática convenientemente (Matuhara & Naganuma, 2006a). É comum nas UCIs a utilização de uma abordagem biolizante, traduzidas em intervenções essencialmente técnicas e prescritivas (Javorski, Caetano, Vasconcelos, leite & Scochi, 2004). Reconhecendo esta realidade, o AM passou a ser motivo de interesse para muitos profissionais de saúde, em várias áreas científicas, conduzindo ao aumento de conhecimentos relativos às características, composição e vantagens do leite humano, assim como, sobre os diferentes incentivos e apoios que podem promover o AM (Barros, 1991). Reconhecendo os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, como elementos que muito podem e devem contribuir na promoção do AM, mesmo em RNPT, chegamos à seguinte questão:

- Que medidas de incentivo e apoio da amamentação são desenvolvidas junto das mães de RNPTs internados na UCIRN da MDM para que amamentem os seus filhos(as)?

O estudo pretende ser uma base de reflexão sobre o fenómeno do incentivo e apoio da amamentação a mães de RNPT, desta forma, surgiram outras perguntas, no sentido de tornar mais clara e precisa a grande questão norteadora: Que estímulos recebem as mães para amamentarem?; Como são ajudadas a iniciar o processo de

amamentar? ; Será que as iniciativas de incentivo e apoio vão ao encontro das necessidades sentidas pelas mães?; As mães sentem-se confiantes na sua capacidade de amamentar os seus filhos(as)?; Será que são desenvolvidas medidas que suportam a manutenção da amamentação após a alta para o domicílio?

As questões anteriormente referidas conduziram à formulação dos seguintes objectivos:

- Conhecer que incentivo e apoio recebem as mães RNPTs na amamentação na UCIRN da MDM;
- Identificar se esse incentivo e apoio vai ao encontro das necessidades das mães de RNPTs na UCIRN da MDM;
- Conhecer a experiência de amamentação de mães de RNPTs na UCIRN da MDM.

1.1. JUSTIFICAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Enquanto profissional de saúde, à medida que vamos adquirindo mais experiência técnica canalizamos o pensamento para um patamar mais holístico aumentando a nossa preocupação com a qualidade de vida daqueles que cuidamos. Deixamos de estar apenas envolvidos com as máquinas, ansiosos e atentos ao que elas nos transmitem e abraçamos desafios mais complexos. Por outro lado, temos vindo a constatar que os conhecimentos e intervenção dos enfermeiros relativamente ao AM, aos vários níveis (científico, técnico e relacional), nem sempre correspondem ao desejado, face às necessidades de quem cuidam.

Como enfermeira em neonatologia, aliado à nossa preocupação constante com a qualidade de vida dos RNPT, foram o incentivo necessário para que explorássemos este tema. Isto porque acreditamos que é possível não só lutar pela sobrevivência destes bebés, como estabelecer um caminho que os leve a ser alimentados exclusivamente com o LM, mesmo perante circunstâncias tão adversas como a prematuridade e o internamento numa UCI. O desafio é proporcionar a nutrição adequada nos primeiros anos de vida, anos estes que contribuem decisivamente para prevenção de muitas situações patológicas desde o nascimento até à fase adulta.

Temos consciência que depende muito do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro o sucesso da prática da AM numa UCI. Como forma de assumir a responsabilidade de ser um elemento de transformação, um elemento capaz de promover mudanças acrescidas de orientações, incentivos e apoios nesta área tão específica da saúde, decidimos conhecer como se incentiva e apoia a amamentação de RNPTs junto das mães e se esses incentivos e apoios correspondem às suas expectativas e necessidades.

Para além destes motivos, outros reforçaram a escolha desta temática, como:

- Necessidade de clarificar o fenómeno escolhido, dado que existem estudos sobre a amamentação, mas não no contexto da prematuridade em UCI;
- Compreender o fenómeno com maior profundidade, na tentativa de aprofundar aspectos de uma realidade que não nos é estranha;
- Por acreditar, neste caso específico, que a experiência vivida pelas mães, partilhada com o investigador constitui a melhor fonte de dados para o fenómeno em investigação;
- A ausência de estudos nesta área, em Portugal, também nos colocou perante a dificuldade em compreender a amplitude desta problemática no nosso país.

Nesta fase, após delimitarmos o problema e tendo tão presente o que pretendíamos estudar, enviámos um pedido de autorização ao Ex.mo Senhor Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra para a realização deste estudo, tendo a autorização sido concedida, como se pode verificar no Anexo I.

1.2. FINALIDADE DO ESTUDO

Pelo que foi anteriormente referido, o aleitamento do RNPT é uma prioridade no seu processo de recuperação e desenvolvimento, devendo ser incentivado, apoiado e mantido nas UCIs.

Estes objectivos vão ao encontro de uma finalidade, otimizar a promoção do AM na UCIRN, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, à melhoria da qualidade de vida do RN e à qualidade da interacção mãe/bebé.

2. METODOLOGIA E MATERIAL UTILIZADO

“O homem, ao longo do seu desenvolvimento procura o sentido da vida, de si mesmo e do Mundo. Nessa busca constante de conhecimentos, inúmeros caminhos se mostram como possibilidade de apreensão dessa mesma realidade, baseados em diferentes posturas metodológicas” (Corrêa, 1997, p.83).

Perante diferentes posturas metodológicas, surge-nos como mais adequado um estudo descritivo inserido na metodologia qualitativa. Isto porque esta metodologia permite-nos a compreensão da vida quotidiana, partindo do ponto de vista dos participantes do estudo, possibilitando-nos conhecer o mundo do outro através do seu ponto de vista. A nossa opção metodológica, além de se enquadrar num paradigma construtivista, incide ainda nos elementos fundamentais da pesquisa fenomenológica.

Para Capalbo (1984), a palavra Fenomenologia foi usada pela primeira vez em 1764 por Lambert, era compreendida como teoria da aparência ou visão falsa da realidade. Posteriormente, Fichte manteve a ideia de teoria da aparência mas, define-a como a manifestação de algo real ou visão verdadeira da realidade, contrariando Lambert (Corrêa, 1997). Se se tiver em conta a etimologia da palavra, a fenomenologia deriva da palavra grega “phainómenon” (fenómeno) mais “logos” (estudo). A fenomenologia é o estudo dos fenómenos, a teoria ou ciência dos fenómenos.

Diferentes autores fizeram diferentes abordagens e definições no que concerne à fenomenologia, tal como nos apresenta o quadro que se segue (Quadro 1).

Este movimento filosófico tem uma longa história e afirmou-se no início do século passado. Conta com um vasto número de teóricos existencialistas que influenciaram esta forma de pensar, tornando este movimento filosófico dinâmico e evolucionista, que mais tarde foi adaptado ou aproveitado pelas ciências humanas para o estudo dos seus fenómenos.

QUADRO 1 – Definições de Fenomenologia

Autores	
Spiegelberg (1975)	“...o nome para um movimento filosófico cujo principal objectivo é a investigação directa e a descrição do fenómeno tal como é experimentado conscientemente, sem teorias de explicação causal e tão livre quanto possível de preconceitos e de pressupostos não examinados” (p.3).
Wagner (1983)	“A fenomenologia é um sistema de interpretação que nos ajuda a perceber e a conceber a nós mesmos, os nossos contactos e interacções com os outros, e tudo o resto no reino da nossa experiência e numa variedade de modos, inclusive descrever um método, uma filosofia ou um modo de pensar” (p.8).
Schutz (1970)	“... a esfera total de experiências de um individuo, o qual é circunscrito por objectivos, pessoas e acontecimentos encontrados na procura dos objectivos pragmáticos da vida” (p.320).

Fonte: Streubert & Carpenter, 2002.

Este método estuda os fenómenos tal como eles são experimentados na consciência, ou seja, “ não interessa tanto como as coisas são em si, mas como cada um de nós as vivencia” (Abreu, 2000, p.142). Na opinião de Fortin (1999), “o estudo fenomenológico visa compreender um fenómeno para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles ou daquelas que vivem essa experiência, (...) toma o indivíduo como unidade de referência” (p.148).

A fenomenologia constitui-se como um método alternativo de pesquisa. Não podemos dizer que seja único ou que seja o melhor. Apenas podemos referenciá-lo como o caminho que seleccionamos, já que se adequa ao objecto do nosso estudo. Até algumas décadas atrás, as ciências das áreas da saúde viam o Homem como uma máquina em funcionamento, em que a soma das partes completava o ser. Seguindo este preceito, as pesquisas nestas áreas procuravam apenas estabelecer causas para explicar os factos que ocorriam com o ser humano. No estabelecimento desta relação de causa-efeito, os investigadores recorriam à dedução, à repetição dos eventos para o estabelecimento de generalizações, procurando o objectivo, o “científico”. A Enfermagem, no seu desenvolvimento histórico, inspirada no modelo tradicional biomédico das ciências naturais e experimentais também seguiu os mesmos caminhos, o da ciência positivista. Os resultados desta forma de pensar e pesquisar acabaram por influenciar a prática de enfermagem, acontecendo uma

fragmentação do ser humano, tornando o cuidar impessoal, massificando a assistência através de planos, regras e rotinas, privilegiando a patologia em detrimento de outras facetas do Homem enquanto ser (Carvalho & Valle, 2002).

Mais recentemente, essa forma de cuidar demonstrou ser insuficiente para resolver “as complexas situações que envolvem as relações saúde-doença e o cuidar em enfermagem” (Carvalho & Valle, 2002, p.844). O mesmo aconteceu no seio dos pesquisadores enfermeiros. Na perspectiva de Omery (1983), estes começaram a perceber que o uso do modelo positivista era insuficiente na pesquisa em enfermagem, visto que reduzia o ser humano, limitando-o em unidades quantitativas e não dava pistas de como é que estas unidades podiam ser combinadas num todo dinâmico (Corrêa, 1997). Assiste-se, portanto, a uma ruptura da pretensão das ciências humanas em utilizar o modelo positivista das ciências naturais visto que “(...) antes da realidade objectiva há um sujeito conhecedor, antes da objectividade há o horizonte do mundo e antes do sujeito da teoria do conhecimento há uma ida “operante”” (Martins, 1990, p.141).

Actualmente, a enfermagem encoraja a prestação de cuidados às pessoas atendendo às suas particularidades enquanto seres humanos, tendo sempre como base o sistema holístico que vê o ser humano como um todo, mente, corpo e espírito. Neste sentido, ao despertar para outras dimensões para além da biológica, a enfermagem, na busca de conhecimentos, necessita de diferentes tipos de pesquisa. E a fenomenologia tem demonstrado ser um caminho possível para a realização de investigações, apontando um novo horizonte de compreensão que muito pode contribuir para a evolução dos cuidados em enfermagem (Corrêa, 1997). A aplicação do método fenomenológico à enfermagem, prende-se assim, com o facto de os enfermeiros desejarem compreender e dar sentido à experiência vivida dos que precisam dos seus cuidados, entrar no seu mundo e perceber a forma como vivem e qual o significado atribuído aos processos de saúde e doença, enquanto inserido no seu mundo social (Streubert & Carpenter, 2002).

Reforçando esta ideia, Cohen et al., (2000), afirma que:

”A aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem tem como objectivo principal responder a uma das questões clássicas da teorização da prática de cuidados de enfermagem e que vem sendo exposta desde o tempo de Nightingale (...), ou seja, a busca do entendimento das necessidades vividas pelos sujeitos, de modo a responder a essas necessidades de forma efectiva” (Loureiro, 2002, p.11).

Compreende-se que o “assumir algumas ideias básicas da fenomenologia na enfermagem é adoptar essencialmente, uma postura que envolve voltar-se para o outro, enquanto pessoa em sua própria experiência de vida, enquanto sujeito activo, com muitas possibilidades de existir...” (Corrêa, 1997, p.87).

Conhecer como as mães vivenciam o processo de incentivo e apoio da amamentação, passa pelo entendimento da subjectividade e especificidade da vivência do fenómeno por parte das mães, que o expressam por meio da linguagem. Esta subjectividade e especificidade foram traçadas não só por aspectos cognitivos, comportamentais, afectivos mas também, por determinações sócio-culturais e ideológicas.

2.1. PARTICIPANTES NO ESTUDO

O conhecimento científico produzido em enfermagem deve ser revertido para quem beneficia dos cuidados. A auto-identidade de uma profissão constrói-se reconhecendo o outro, o sujeito que é capaz de ser auto-reflexivo e auto-crítico.

A importância dos métodos qualitativos é atribuída ao saber e à experiência das pessoas seleccionadas para o estudo, não se preocupando em que medida são susceptíveis de fornecer dados válidos e capazes de generalizações (Fortin, 1999). O estudo teve como cenário a UCIRN da MDM. A escolha desta Unidade surgiu por ser o nosso local de trabalho, no sentido de rentabilizar o factor tempo, pela acessibilidade e, essencialmente, pelo facto de acreditarmos que os resultados deste estudo contribuirão para a melhoria das práticas de cuidados prestados aos RNPTs e às mães desta Unidade.

Não se pretendeu que os participantes deste estudo fossem representativos de uma determinada população. O que se pretendeu é que a amostra seleccionada relate a sua experiência em amamentar RNPTs em termos de apoios e incentivos numa UCIN. No entanto, não generalizar não significa que não tenha implicações para a prática cuidativa noutros contextos semelhantes, dado que as observações estão definidas em função dos contextos específicos que estudamos.

Como referenciado, trata-se de um estudo baseado num raciocínio indutivo e, por isso, a amostra foi escolhida de forma não probabilística, isto é, não existe quaisquer possibilidades que permita estimar a probabilidade de cada elemento da população ser incluído na amostra (Fortin, 1999).

O que se ambiciona é a compreensão do fenómeno na sua grandeza, por isso, optamos por uma amostra intencional. A este propósito Patton (1990), referenciou que a intencionalidade da escolha da amostra é pelo facto de se poder escolher casos ricos de informação, a partir dos quais podemos aprender com profundidade o fenómeno que queremos investigar. Na perspectiva de Loureiro (2006), para aumentar a transferibilidade, valemo-nos da riqueza das descrições. Para isso, devem procurar-se aqueles que vivenciaram o fenómeno de forma intensa e profunda, sendo capazes de o comunicar com a mesma intensidade e profundidade. Assim sendo, foram incluídas neste estudo as mães dos RNs com idade gestacional inferior a 37 SG, internados no serviço UCIRN da MDM, em Coimbra, durante os meses de Julho a Outubro de 2007, que tenham amamentado, que não tivessem experiência anterior de amamentação e cujo filhos (as) fossem saudáveis. Ou seja, que não tivessem patologias associadas sem ser as decorrentes da imaturidade fisiológica e características da prematuridade.

Obrigatoriamente, como critério de inclusão, pretendemos investigar mães que amamentam os seus filhos na UCI, isto porque são elas que experienciam a essência do fenómeno.

A paridade é referenciada como um dos factores que influenciam a amamentação. Jenner (1988) e Pessoto (1997) apuraram que as mães de RNPTs primíparas apresentaram maior taxa de amamentação após apoios e ensinamentos sobre AM. Para além disso, outros autores como Adair e Popkin (1996) e Jenner (1988) concluíram que os factores “multiparidade e experiência prévia em amamentar” são factores que influenciam a própria vivência e o estabelecimento da amamentação natural quando têm segundos filhos prematuros (Matuhara & Naganuma, 2006b). As mães que tiveram experiência prévia de amamentar filhos de termo, tendencialmente tendem a comparar as experiências e a divagar sobre as diferenças que encontram ao alimentar um bebé que nasceu antes do tempo gestacional. Por isso, decidiu-se apenas conhecer as vivências das mães de RNPTs primíparas e mães múltiparas que não tenham tido experiência anterior de amamentar.

Determinadas patologias decorrentes da prematuridade dificultam a amamentação, como patologias cardíacas, síndromes, NEC (entre outras), por isso, foram excluídas mães de RNPTs que apresentassem estas patologias. Apenas foram incluídas como participantes neste estudo, mães de bebés que apresentassem sinais e sintomas da prematuridade, sem outras doenças.

2.1.1. Características das participantes do estudo

Fazem parte do estudo nove mães de RNPTs internados na UCIRN da MDM de Coimbra. Estas senhoras eram procedentes do distrito de Coimbra, visto que mães/RNs de outros distritos internados na UCIRN têm alta/transfêrencia hospitalar antes de passarem pelo berçário, condição essencial para este estudo. A idade materna variou entre os 24 e os 35 anos, sendo a média de idade 29,7 anos. Quanto ao estado civil eram todas casadas e o nível de escolaridade variava entre o ensino secundário e a licenciatura. Todas estavam empregadas. Cinco das mães eram primíparas e as restantes quatro eram múltíparas mas, sem experiência anterior em amamentar. Das participantes, uma foi mãe de gémeos e outra de trigémeos. Sete mães permaneceram na Unidade Materna, apenas duas optaram por não gozar dessa estadia, se bem que todas usufruíram da sala de extracção de leite. Todos estes dados sócio-demográficos foram obtidos no início das entrevistas com a apresentação de uma grelha que se encontra em anexo (Anexo II) deste estudo. Do preenchimento da referida grelha, podemos caracterizar as mães participantes deste estudo e os seus RNs, que apresentamos em forma de quadro (ver quadro 2)

QUADRO 2 – Caracterização das mães/RNPT participantes no estudo

Idade	Habilitações Literárias	Proveniência	IG ao nascer (SG)	IG momento da colheita de informação (SG)	PN (gr)	Peso dia da entrevista (gr)
35	9.º Ano	Mealhada	30	34	1390	1860
32	Licenciatura	Mealhada	31	34	1540	1870
25	9.º Ano	Mira	35	37+ 6 dias	1580	1840
34	9.º Ano	Mira	33+ 5 dias	36	2020	2290
28	9.º Ano	Calvão	34	35	1800	1910
27	Licenciatura	Tomar	29 + 4 dias	37+ 4 dias	1. ^a =1300 2. ^a = 1235 3. ^a = 686	=2070 =1880 =1230
28	Licenciatura	Coimbra	32	33	1. ^a = 1900 2. ^a = 1800	2010 1930
24	7.º Ano	Penacova	31	35	1500	1900
35	Licenciatura	Ílhavo	33 + 4 dias	35 + 4 dias	1890	1910

Nesta fase de caracterização, importa referir que as participantes, apesar de respeitarem os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo, não são de toda uma amostra homogénea.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO ONDE DECORREU A INVESTIGAÇÃO

A maternidade escolhida, MDM, trata-se de um edifício de quatro pisos, situada na rua Miguel Torga, construído inicialmente para funcionar como clínica particular. Posteriormente, foi adquirido pelos Hospitais da Universidade de Coimbra que, depois de algumas remodelações, entrou em funcionamento como clínica obstétrica dos referidos hospitais no ano de 1974 (embora os serviços de maternidade dos referidos hospitais remontem ao ano de 1902).

A Unidade, que actualmente é a UCIRN, iniciou o seu funcionamento tendo como objectivos apenas dar assistência e prestar cuidados aos RNs. Posteriormente, em 1992 inicia a prestação de cuidados a RNs com necessidade de apoio ventilatório e por isso, passou-se a chamar UCIRN, Unidade de Cuidados Intensivos ao RN. Esta Unidade, desde então procura satisfazer as necessidades de RNPTs e RNs de termo com patologias e/ou necessidades específicas de cuidados.

Sofreu algumas remodelações, das quais as de maior vulto aconteceram recentemente. Esta Unidade situa-se no terceiro piso, é constituída por cinco salas de prestação de cuidados, dotada de quinze unidades de internamento: nove dessas unidades destinam-se a cuidados intensivos e/ou intermédios e seis a cuidados de berçário. O berçário possui seis berços que acolhe os bebés numa fase posterior de reabilitação, quando têm determinado peso, ausência de necessidade de temperatura de incubadora e uma situação clínica favorável. Normalmente é nesta sala que os bebés começam a mamar por tetina e/ou ao peito. Na entrada deste serviço, encontramos um hall de acesso a todas as salas onde se localiza “o cantinho para os pais” com sofás e revistas, onde podem permanecer sempre que quiserem.

No mesmo piso encontram-se alguns serviços de apoio à Unidade de internamento, tais como, gabinete do enfermeiro chefe, gabinete da directora de serviço, dois gabinetes médicos (pediatras), arrecadação e copa de leites.

Devido à especificidade de cuidados é fundamental uma equipa diferenciada e multidisciplinar: equipa de enfermagem, equipa médica, equipa de auxiliares de acção médica e secretária clínica. A equipa de enfermagem é constituída por trinta e dois elementos: enfermeira chefe, uma enfermeira que apoia a gestão, quatro especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, vinte enfermeiros graduados e restantes enfermeiros de nível 1. A equipa médica é constituída por dez elementos e

a equipa de acção médica por oito elementos, estando presentes em todos os turnos.

Sendo a mãe um elemento fundamental no desenvolvimento do RNPT e a sua presença de extrema importância na UCI tornou-se necessária, mantendo-se a mãe o máximo de tempo possível na instituição. No 4.º piso situa-se a Unidade Materna que serve para alojar as mães que tiveram alta e pretendem acompanhar os seus filhos internados no serviço de neonatologia. A Unidade Materna é constituída por três quartos, com o total de oito camas. Ainda na Unidade Materna, foi criada recentemente uma sala comum para as mães, com o objectivo de possibilitar a extracção e acondicionamento de LM – a Sala de Amamentação. Esta sala possui bombas extractoras de leite e um frigorífico para armazenamento do leite extraído durante a noite. Foi criado também com a finalidade de proporcionar um local onde as mães possam conviver, partilhar experiências e repousar. É de livre acesso a todas as mães de bebés internados na UCIRN, mesmo as que optaram por não dormir na Unidade Materna. O acesso aos quartos apenas se destina às mães que optaram por ficar durante a noite. Todas as mães têm direito às refeições alimentares durante o dia.

Os bebés deste serviço são oriundos da Sala de partos, Bloco operatório, Puerpério da referida Maternidade, do Hospital Pediátrico de Coimbra e dos Hospitais localizados na área de referência da nossa Maternidade.

O horário de visitas é diferente dos restantes serviços, devido à sua especificidade. Actualmente, os pais podem e são incentivados a estarem sempre que quiserem junto dos filhos, assim como os irmãos. Estes são acolhidos segundo um protocolo de acolhimento com determinadas normas. Quanto à restante família, é dada a oportunidade apenas aos avós de poderem visitar os seus netos a partir do 4.º dia de vida/internamento, sempre acompanhados com um dos pais. Posteriormente, podem fazer uma visita semanal, sempre com o conhecimento prévio da equipa de enfermagem.

As mães que se encontram internadas no serviço de Cirurgia (especialmente as mais debilitadas decorrente da cirurgia), têm a visita de um elemento de enfermagem da UCIRN que lhe informa da situação clínica do seu filho. Recebe, também, uma fotografia e um manual escrito onde lhe comunica as normas da Unidade.

Perante a ameaça de parto prematuro, a equipa de enfermagem, ao saber da importância da intervenção junto dos pais o mais precoce possível, desenvolveu um

projecto em parceria com o serviço de Medicina Materno-Fetal. Este projecto tem como objectivo dar oportunidade aos pais de visitar a UCI ainda durante a gestação. Este apoio aos pais de RNs com risco de internamento na UCIRN, encontra-se em fase inicial e pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa, a partir da reflexão intencional sobre as experiências.

Com o mesmo objectivo, importa referir que o cuidado centrado na família é a filosofia de cuidar desta Unidade. Por isso, foi adaptado o modelo de parceria de Anne Casey (Casey, 1988). Este modelo foi adaptado na Unidade depois de uma revisão exaustiva do modelo e depois de ter sido apresentado à equipa de enfermagem no âmbito da formação em serviço. A partir dessa altura os pais são incentivados a estarem na Unidade desde o acolhimento até ao dia da alta do seu bebé. O momento da alta é decidido em consenso com a equipa multidisciplinar, quando houver consciência de que estão reunidas as condições para que ela ocorra de forma segura para o bebé e seus pais.

Os critérios de alta dos bebés internados nesta Unidade vão ao encontro do preconizado por diversos estudos, no entanto, respeitam a individualidade de cada família. Os bebés têm alta para o domicílio quando:

- Completam as 34 SG;
- Possuem peso igual a 2000gr e apresentam boa evolução ponderal;
- Apresentam sinais vitais estáveis e sem episódios de apneia/bradipneia e bradicardia há mais de cinco dias;
- Mantêm temperatura corporal estável em berço;
- Os pais cuidam do bebé de forma autónoma e possuem boas condições sociais e ambientais.

É hábito também na Unidade ouvir os pais para ter a certeza de que se sentem preparados para o momento que se avizinha. Tem-se consciência que este momento pode provocar sentimentos de ansiedade e medo de não saber cuidar, mas também, felicidade e alegria para toda a família. Por isso, os pais são preparados para esse momento, de forma gradual e de acordo com as necessidades individuais de cada família. Para além desta preparação ao longo do internamento, realiza-se uma preparação especial que antecede a saída do bebé. A equipa de enfermagem segue um protocolo de ensinios, permitindo um último período em que possam esclarecer dúvidas pontuais. Estes últimos ensinios são basicamente o

reforço de tudo o que os pais foram aprendendo e fazendo ao longo do internamento.

Importa referir ainda, que ao longo do internamento os pais são incentivados a assistirem a acções de formação, integradas no projecto multimédia, com uma periodicidade semanal, no início do turno da tarde tendo como prelectores os enfermeiros. Os temas são variados e relacionados com os cuidados ao bebé no pós-alta.

Sempre que necessário é pedida a colaboração de outros profissionais.

Esta Maternidade dispõe de uma consulta de acompanhamento psicológico. Os pais são informados deste recurso e podem contactar a consulta directamente, mas normalmente, são os enfermeiros que fazem uma triagem dos pais que necessitam de acompanhamento psicológico.

De acordo com os dados de 2006, o n.º total de nados vivos na referida Maternidade foi de 3405; o total de internamentos na UCIRN foi de 325 bebés. Deste total de internamentos, 309 foram prematuros, ou seja, inferiores a 37 SG.

Do ano de 1998 até ao mês de Maio de 2007, o n.º de internamentos na UCIRN foi de 2976, desses internamentos 648 foram de RNs com menos de 1500 gr.

Importa referir que bebés com idade gestacional superior a 34 SG clinicamente estáveis e com peso superior a 2000 gr, vão para junto da mãe, fazendo com que o n.º de RNPTs desta instituição seja superior ao total de bebés internados na UCIRN. A Unidade referida é actualmente reconhecida no país pela elevada qualidade de cuidados prestados e pelos níveis de satisfação de clientes demonstrados na avaliação de resultados realizados por Marques (1999).

2.3. A COLHEITA DE DADOS: INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS

Tendo em atenção os objectivos do estudo e de nos encontrarmos a realizar um estudo descritivo de carácter indutivo, pareceu-nos que a entrevista seria o instrumento que mais se adequava para a colheita de dados.

“O desenvolvimento das ciências sociais e o alargamento correlativo dos conhecimentos atraíram a atenção para a complexidade da acção humana”. (...) Os investigadores foram-se interessando cada vez mais pelo indivíduo, pela sua forma de ver e de estar no mundo, pelas suas intenções, pelas suas crenças. “Para esta abordagem em profundidade do ser humano, a entrevista tornou-se um instrumento primordial” (Ruquoy, 2005, p. 84).

A entrevista “é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (Fortin, 1999, p.245). Apesar de acharmos interessante a oportunidade de compreender como é que os próprios informantes estruturariam o seu discurso da forma mais livre possível, optámos por utilizar a entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista “permite que o próprio entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objecto perspectivado”. No entanto, exige o aprofundamento de pontos que ele próprio poderia não explicitar, caso o entrevistador não perguntasse (Ruquoy, 2005, p. 87). “Nas entrevistas semi-estruturadas fica-se com a certeza de obter dados comparáveis entre os sujeitos” (Bogdan & Biklen, 1991, p. 135).

Decidimos dar início ao diálogo com as mães com a seguinte pergunta aberta: “*Fale-me de como tem sido a sua experiência em amamentação?*”. Esta pergunta aberta permitiu-nos seguir o raciocínio das mães de forma livre e sem respostas pré-determinadas. Com esta pergunta pretendemos que as mães relatassem as suas vivências, os seus sentimentos, as suas dificuldades e crenças ligadas à amamentação durante o internamento dos seus filhos(as).

Embora tivéssemos um guião para nos orientarmos durante as entrevistas, procuramos que este fosse flexível (Anexo III). A flexibilidade deste instrumento permitiu formular uma lista de temas que se aproximassem do fenómeno e organizamos, a partir desses temas, perguntas como forma de ajudar o desenrolar da entrevista. Estas perguntas foram feitas de acordo com o contexto e não com uma ordem pré-estabelecida, tendo em conta o que vários investigadores referenciam neste tipo de entrevista. Por exemplo Fortin (1999), diz que a entrevista semi-estruturada deve ser conduzida de forma a “que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à descrição dos entrevistadores” (p. 247). A entrevista também deve ir além de um mero desenrolar de perguntas e respostas, ela deve pressupor a existência de uma relação entre o participante e o entrevistador, de modo a que se faça uso da reflexão, da clarificação, do pedido de exemplos e descrições, mostrando, para isso, interesse profundo pela história do outro.

Tendo em conta os objectivos da pesquisa e a questão de investigação foi possível obter respostas as seguinte perguntas:

- *Fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé.*
- *Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?*
- *Fale-me dos apoios e ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.*
- *Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?*
- *Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?*

Constituiu nossa preocupação colher informação com profundidade sobre a experiência das mães, como se preconiza neste tipo de investigação. Optamos realizar a entrevista quando o bebé já se encontrava no berçário, fase esta, que acontece durante as ultimas semanas, antes da ida para o domicílio. O ideal era que a mãe tivesse passado por um percurso o mais longo possível nesta Unidade. Justifica-se pelo facto de considerarmos que se encontrariam mais estáveis emocionalmente, mais participativas e mais envolvidas na Unidade em questão e, finalmente, porque vivenciaram as várias etapas do processo de alimentar o RNPT, incluindo a amamentação directa ao peito.

O critério de participação foi demarcado pelos critérios de inclusão anteriormente apresentados e também pela receptividade ao estudo evidenciada pelas mães.

Antes das entrevistas, houve um primeiro contacto com as mães seleccionadas, com a finalidade de nos apresentarmos como investigadoras e expor o estudo e os objectivos do mesmo. Explicámos às mães a razão da sua inclusão e a importância dos seus depoimentos para a realização do estudo. Neste mesmo encontro, foram informadas da não obrigatoriedade de participar no estudo, respeitando o principio da autonomia. Aclarou-se que a sua participação fosse voluntária e que em qualquer momento havia a possibilidade de desistência, sem qualquer tipo de prejuízo. Tivemos o cuidado de salientar a confidencialidade e o anonimato dos dados que nos transmitissem. Isto porque, concordamos com Polit e Hungler (1997), quando referem que o compromisso de confidencialidade por parte do investigador é uma garantia de que qualquer informação que obtenha no decurso do estudo “não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação” (Streubert & Carpenter, 2002, p.43). Ainda nesta primeira abordagem,

solicitámos a autorização para gravar a entrevista em suporte magnético e explicámos as vantagens desta forma de registo, para que melhor entendessem o motivo da sua utilização. Comunicámos que as entrevistas seriam posteriormente transcritas e negociámos a melhor forma para que pudéssemos validar o seu conteúdo. E finalmente, podemos marcar o dia, hora e local da entrevista.

Foram realizadas nove entrevistas, aconteceram nos meses de Junho a Outubro de 2007, com data e horário marcado previamente e individualmente com cada entrevistada. Cada uma demorou em média vinte a trinta minutos. Todas elas foram realizadas perto do momento da alta, na última semana de internamento e duas foram no dia da alta clínica para o domicílio. As entrevistas foram feitas no período da tarde, período considerado mais tranquilo, tendo em conta as rotinas do próprio serviço e a disponibilidade demonstrada pelas mães. Como estratégia de obtenção dos depoimentos, optámos por ser em dias extra laborais, para que as mães não confundissem os papéis de pesquisadora e profissional. O local das entrevistas foi no *hall* de entrada da Unidade Materna, local tranquilo e calmo, com luz directa, restrito ao investigador e à mãe no momento da entrevista, onde apenas existia uma mesa e cadeiras. Acreditamos ter sido o local ideal, pois, permitiu desenvolver as entrevistas sentadas, postura que facilitou a comunicação, ou seja, a disposição tanto para falar como para ouvir. Procuramos estabelecer empatia, confiança e nunca criar uma hierarquia entre investigador e investigado.

No início da entrevista apresentamo-nos como investigadores. Antes de apresentar o consentimento informado, enquanto investigadores procuramos atender se as mães possuíam informação adequada e verdadeira sobre o estudo, se compreendiam a informação dada e se tinham escolhido livremente consentir ou declinar a participação na investigação. Só salvaguardando estas premissas éticas podemos pedir para assinar o consentimento informado (Streubert & Carpenter, 2002). Apresentamo-lo e esperamos que o lessem e consentissem a aceitação de participação (Anexo IV) Procedemos ao preenchimento de uma grelha com dados sócio-demográficos.

As entrevistas foram gravadas em fita magnética, garantindo a confiabilidade dos dados referidos, procedendo-se à posteriori a uma transcrição que permitiu a análise dos dados. Tentámos sempre “despirmo-nos” das nossas crenças acerca do fenómeno, de forma a poder captar melhor aquilo que nos era transmitido. Consideramos este facto fundamental, caso contrário podíamos influenciar em muito os depoimentos obtidos. Procuramos ajudar as mães a descrever as suas

experiências sem, contudo, liderar ou interromper o seu raciocínio. Em um ou outro momento, foi necessário fazer perguntas utilizando as expressões das mães, para obter mais explicações e com maior detalhe, com o objectivo de enriquecer os conteúdos das experiências vividas. Depois das entrevistas tivemos o cuidado de responder a dúvidas que transpareceram com o decorrer das entrevistas e de aconselhar algumas das mães entrevistadas que demonstraram necessitava de informação sobre a alimentação dos seus filhos.

A transcrição das entrevistas na íntegra foi feita logo após a entrevista e entregue às mães ainda durante o internamento dos seus filhos. As que de todo não foi possível, as transcrições foram enviadas pelo correio junto com um envelope com endereço e selado para o reenvio. Foi-lhes pedido que as lessem e que validassem como tínhamos posteriormente combinado. As mães já tinham também sido informadas sobre a importância de validar as entrevistas como forma de confrontar o que foi dito com o que nós escrevemos. Assim, as mães tiveram a certeza que transmitiram o que queriam dizer e nós entendemos o que nos disseram. Podemos referir que neste processo não tivemos necessidade de alterar o conteúdo das nove entrevistas, visto que todas as transcrições das entrevistas foram validadas.

As entrevistas foram transcritas e ordenadas em arquivos individuais. Foram enumeradas de E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9 à medida que eram realizadas (Anexo V). No final da análise dos dados, as gravações foram destruídas, garantindo também dessa forma o anonimato.

O ser humano é fundamentado na ética, pois tem uma substancialidade própria que limita as pretensões de o instrumentalizar como objecto, ou seja, o fundamento da ética preexiste no ser humano pelo simples facto de ele existir (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Neste contexto, e pelo que foi descrito ao longo do estudo e essencialmente neste ponto, pensamos ter respeitado os procedimentos éticos que este tipo de metodologia exige.

2.4. TRATAMENTO DE DADOS

A análise de dados na investigação qualitativa começa, de facto, quando a colheita de dados se inicia (Streubert & Carpenter, 2002). Benner (1994), refere que o trabalho do investigador consiste em aproximar-se da experiência, “em descrevê-la nas palavras dos participantes da investigação, em explicitá-la da forma mais fiel

possível e em comunicá-la”. Ainda segundo o mesmo autor “a análise fenomenológica implica uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada” (Fortin, 1999, p.149). A análise dos dados na abordagem fenomenológica é considerada como a busca de sentido numa descrição da experiência humana, ela fica ligada aos enunciados verbais dos participantes com o objectivo de colocar em evidência as unidades de significação (Fortin 1999). Na perspectiva de Bogdan e Bilklen (1991), “a análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros” (p. 205).

Na denominada investigação qualitativa enquadram-se práticas de pesquisa muito diferenciadas, fazendo apelo a diversos paradigmas de interpretação e de onde decorrem diferentes formas de recolha, registo e tratamento de dados (Guerra, 2006). Jean-Pierre Deslauriers confirma que a expressão dos métodos qualitativos não tem um sentido preciso e único em Ciências Sociais. No melhor dos casos, os métodos qualitativos designam “uma variedade de técnicas interpretativas que tem por fim descrever, decodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente”, dando mais atenção ao significado destes fenómenos do que a sua frequência (Guerra, 2006, p.11). O mesmo se passa no interior do método fenomenológico. A forma particular que o método assume não depende apenas do tema de pesquisa onde será supostamente aplicado, mas de autor para autor. Queirós (2001), justifica estas diferentes interpretações dentro deste método pelo facto que ele próprio “é ‘emprestado’ da filosofia de Husserl e, como sabemos, o próprio Husserl não especificou rigorosamente no que consistia o método”, deixando à mercê das interpretações dos diferentes estudiosos (p.7). Por outro lado, a mesma autora afirma que não existe uma variante que possa ser apontada inequivocamente como a melhor representante desta ferramenta na pesquisa empírica, ou seja, as várias propostas são válidas e possíveis de serem aplicadas aos diferentes fenómenos (Queirós, 2001).

Após um estudo sobre as diferentes propostas de análise de dados, optamos pela proposta de análise de Giorgi (1985). O método de Giorgi é um dos mais conhecidos e utilizados no campo da psicologia fenomenológica e na pesquisa das Ciências da Saúde. O método contém sete passos, conforme se descreve no Quadro 3.

QUADRO 3 – Método de Análise Fenomenológica segundo Giorgi (1985)

Autor	Etapas processuais
Giorgi (1985)	1. Leia a descrição inteira da experiência para obter um sentido do todo; 2. Releia a descrição; 3. Identifique as unidades de transição da experiência; 4. Clarifique e elabore o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo; 5. Reflicta nos constituintes segundo a linguagem concreta do participante; 6. Transforme a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos; 7. Integre e sintetize a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência.

Fonte: Streubert & Carpenter, 2002 p. 59.

Importa, ressaltar neste momento, que tivemos necessidade de nos guiarmos por um modelo de análise, para facilitar o processo. Esta implícita esta necessidade pelo facto de ser a nossa primeira experiência como investigadora utilizando esta abordagem.

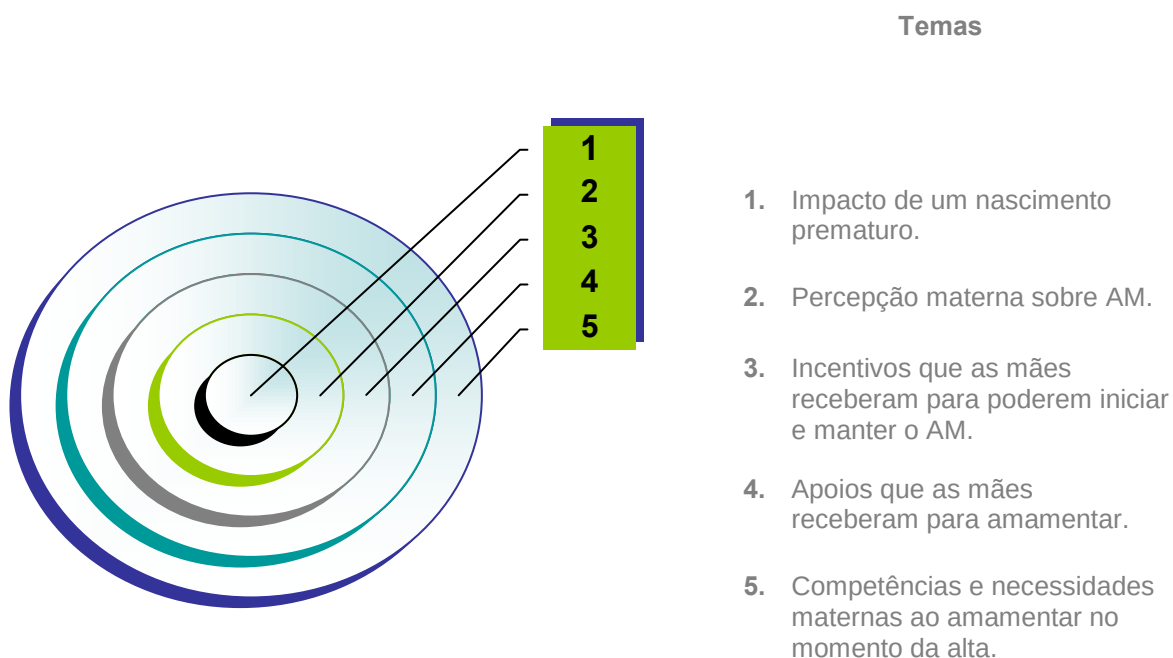
Tendo em conta os passos anteriormente explicitados e de acordo com o raciocínio de Queirós (2001), para um maior à vontade com o texto, procedemos inicialmente a uma leitura de todas as entrevistas. Leram-se quantas vezes considerámos necessárias para abranger todas as ideias. Pretendeu-se ter uma boa base para facilitar a emergência de todas as unidades de sentido. Após as várias leituras foi possível identificar e anotar espontaneamente as unidades de sentido, sempre que ocorria mudança de sentido da situação descrita por parte das mães em relação ao fenómeno. Após este passo foi possível elaborar um esquema dos significados, relacionando os constituintes uns com os outros. Após uma reflexão sobre esse esquema, tendo em conta a linguagem original das participantes, foi possível, como passo seguinte, associar esses constituintes aos utilizados na linguagem científica. Apesar deste autor não fazer referência a este propósito, sentimos necessidade, nesta fase, de recorrer a duas especialistas com larga experiência em investigação fenomenológica, a Professora Mestre Luísa Coelho, professora da Escola de Enfermagem de Coimbra e a Professora Doutora Ana Albuquerque Queirós, professora da mesma escola. Consideramos esta ajuda de grande pertinência pois não só avaliaram o caminho percorrido, desde a formação das unidades de significado até as categorias e sub-categorias, que passamos a apresentar no próximo ponto deste trabalho.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

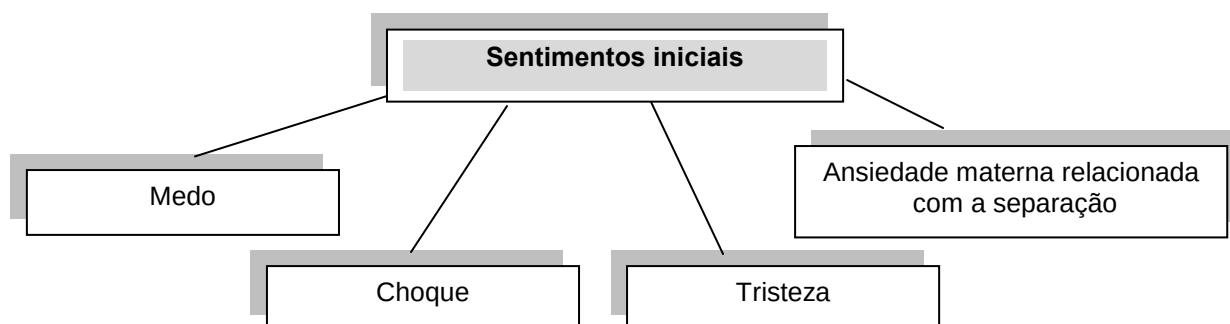
Neste ponto apresentam-se os temas que surgiram após a leitura das entrevistas realizadas. Posteriormente apresentam-se as categorias e as sub-categorias emergentes relativas aos vários temas.

Para uma melhor compreensão desse processo, elaborou-se um esquema representativo da abordagem do fenómeno e outros esquemas que apresentaram esquematicamente os temas e as respectivas categorias e subcategorias. Acreditamos que esta forma de representação ajudará na compreensão deste estudo a todos os interessados.

ESQUEMA 1 – Esquema representativo da abordagem do fenómeno

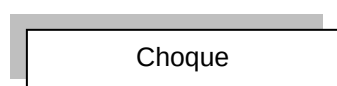


ESQUEMA 2 – Esquema representativo do 1º Tema:
Impacto de um nascimento prematuro



O nascimento prematuro de um RN configura-se como um evento stressante para os pais, que se deparam com uma situação imprevisível e ansiogénica. Devido às condições de instabilidade física do RN e à necessidade de cuidados especializados, os pais experienciam a separação e a incerteza sobre a evolução clínica do RN e mesmo da sua sobrevivência. Acrescenta-se a estas circunstâncias a distorção da “imagem ideal” do RN quando comparado com a “imagem real” de um RN pré-termo. Neste contexto, elevados níveis de ansiedade aparecem e são exacerbados podendo provocar desajustamentos nos progenitores (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004). O acto de amamentar é muito mais que um evento biológico e fisiológico. Ao questionarmos o que significa a experiência de amamentar para uma mãe, colocamo-la perante um fenómeno existencial, mas também pessoal, visto que essa vivência é perpassada pela sua percepção, interpretação e atribuição de significados (Delgado & Halpern, 2004).

As mães deste estudo manifestaram, através do seu discurso, sentimentos vividos no primeiro contacto com o seu filho na UCI e sentimentos experienciados pela separação. A experiência de ver pela primeira vez o filho é relatado em quase todas as entrevistas. É um momento vivido fortemente relatado através de vários sentimentos como: medo, medo de tocar, ansiedade, tristeza e choque. Estes sentimentos advêm de aspectos que de imediato impressionaram as mães como o tamanho, a fragilidade e a condição clínica dos seus filhos.



- **“O primeiro impacto quando vimos o bebé pela primeira vez (...)”. E2**

- ***“(...) foi um choque para mim quando entrei na Unidade e vi a minha bebé toda entubada (...) Custou muito vê-la assim”. E5***

Medo

- ***“Parece uma coisa muito frágil, intocável, temos medo de tocar”. (...) porque ver aqueles fios todos e ouvir aqueles apitos de vez em quando, não sabe (...)”. E2***

Tristeza

- ***“(...) porque eu cheguei lá e vi ela com as luzes em cima dela e uma sonda e tudo (...) e para mim foi muito triste (...)” E3***
- ***“(...) foi um choque para mim quando entrei na Unidade e vi a minha bebé toda entubada (...) custou muito vê-la assim”. E5***

Através destas frases verificou-se que estas mães não foram preparadas para um parto prematuro e muito menos para ver o seu filho numa incubadora, rodeado de equipamentos, fios, tubos e alarmes sonoros que só os profissionais entendiam. Para além disso, elas tiveram de enfrentar a complexidade do ambiente e a rotina agitada da Unidade, associado a preocupação com a saúde do seu bebé, acabando por gerar sentimentos de choque, tristeza e ansiedade.

Actualmente, na eventualidade de um nascimento prematuro, recomenda-se que a equipa de saúde favoreça o contacto dessa mãe com outros bebés prematuros, com características similares ao seu caso, com o objectivo de desfazer a imagem do bebé imaginário. Das mães entrevistadas, uma referenciou esta prática nesta instituição. No entanto, verbalizou que esta visita constituiu um momento de choque, não referindo qualquer vantagem:

“...duas semanas antes fui à UCIRN para ver (...) foi um choque porque nunca vi bebés tão pequeninos”. E6

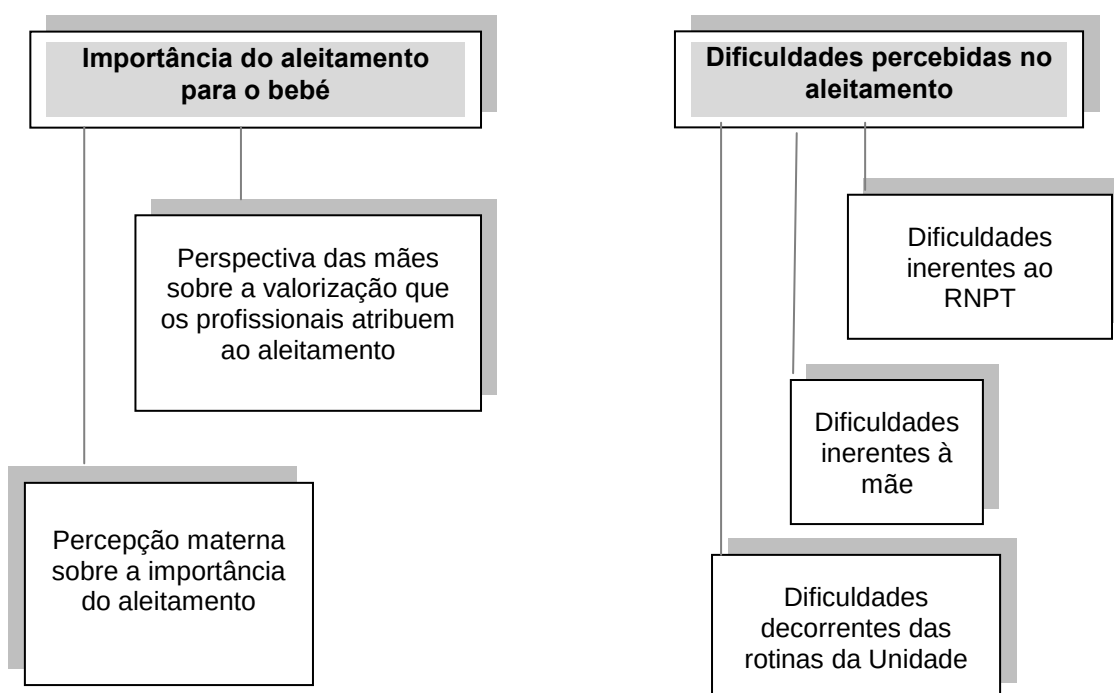
Ansiedade materna relacionada com a separação

Após o parto prematuro, todas as mães vivenciam a separação do seu filho, pelo internamento deste na UCIRN, ficando muito apreensivas com o estado clínico, a

sobrevida e/ou mesmo com o futuro do bebê. Elas descrevem esta separação como causadora de ansiedade:

- *“A minha vontade era sair da cama logo ver ela. Então ficava um pouco nervosa. Eu queria sair para subir, para ver ela e não podia. Até chorava”. E3*
- *“Senti-me muito ansiosa por estarmos no quarto com outras mães que têm os bebês ao lado. Nós não temos o bebê ao nosso lado, é um bocado complicado e isso prejudica a amamentação. Nós vemos os outros a mamar já nas mães e nós ficamos ansiosas porque não podemos ter logo o nosso bebê para lhe dar o peitinho”. E4*
- *“Elas nasceram numa quarta-feira e eu fui na sexta-feira porque, não me podia levantar”. E6*
- *“Na Unidade foi complicado porque, ter um bebê e depois ir para o quarto com uma mãe com o bebê ao lado e os nossos não estarem lá, é complicadito”. E7*

ESQUEMA 3 – Esquema representativo do 2º Tema:
Percepção materna sobre AM



De acordo com os objectivos propostos e com os critérios de inclusão, todas mães que participaram neste estudo quiseram alimentar os seus filhos com o seu próprio leite, no entanto, nem todos os bebês foram sempre alimentados exclusivamente com LM ao longo do internamento. Através dos discursos maternos podemos verificar que inicialmente os bebês foram alimentados com leite artificial. Verificou-se

que após esta fase inicial, todos foram alimentados com LM exclusivo, sem qualquer outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas, xaropes, vitaminas e suplementos minerais ou medicamentos inerentes às suas condições clínicas.

- *“Sempre leite materno, tirando o primeiro dia, não é?”. E1*
- *“Enquanto eu não dava o meu leite eles davam o leite da Unidade através da sonda”. E3*
- *“Só no primeiro dia é que foi de lata”. E4*
- *“ (...) ao princípio não, não tinha que chegasse. Os primeiros dois, três dias, tive de ter uma ajuda. Porque o meu não chegava mesmo”. E5*
- *“(...) no início, não com o meu leite porque não o tinha, mas a partir daí foi logo alimentada na incubadora”. E9*

As restantes mães deste estudo puderam desde o início alimentar o bebé exclusivamente com LM.

- *“Era já com leite materno”. E8*

Todos passaram por duas fases, a que antecede a amamentação e a amamentação propriamente dita:

- *“(...) compreendi que ela não podia vir ao peito, tinha que ser pela sonda”. E8*
- *“Ela primeiro estava a ser alimentada por sonda (...) depois começamos com o biberão”. E2*
- *“(...) Era na gavagem. Chegou a beber os 34 e depois começou a ir ao peito e biberão”. E1*
- *“(...) foi alimentado as primeiras vezes pelo biberão. Passados uns dias passei a pô-lo ao peito (...)”. E4*
- *“Depois passou para o berçário e continuamos a fazer, inicialmente com o biberão, depois com o peito”. E9*

A transição da alimentação por gavagem para a via oral, inicialmente é feita por tetina/biberão e só posteriormente vai ao peito, é o que nos demonstra a grande maioria dos discursos das participantes.

Percepção materna sobre a importância do aleitamento

Do tema, “Percepção materna sobre AM” emergiram duas categorias: a “importância do aleitamento para o bebé” e as “dificuldades percebidas no aleitamento” com as sub-categorias emergentes, conforme se apresenta:

As mães pareciam estar cientes da importância do LM para nutrir o seu bebé. Referiram o AM como sendo uma das formas para as ajudar a superar problemas inerentes à prematuridade e a longos internamentos. Ou seja, para estas mães, a importância de alimentar o seu filho com o seu leite ultrapassa os benefícios próprios deste tipo de leite. O facto de poder dar LM cria na mãe um sentimento de utilidade, sendo um elemento importante de recuperação da saúde do seu filho. Para além disso, as mães ao poderem alimentá-los criam um sentimento de proximidade de uma situação de normalidade (Serra & Scochi, 2004).

- ***“...para quem andava a tirar o leite há um mês à máquina... é com a esperança que ele um dia mame no peito... e é muito mais fácil e muito melhor...”. E1***
- ***“...quando comecei a saber que ia tirar leite para ela... não foi directamente, mas ajudou muito. Eu gostava muito de amamentar o meu bebé”. E5***
- ***“Sabia que era bom e sabia que para bebés prematuros o leite era muito importante. Mais importante é que bebés prematuros... eu posso dar leite. Eu não pensava nada, só que preciso de leite e pronto. Preciso de leite para eles e pronto (riso)”. E6***
- ***“É maravilhoso contribuir para o desenvolvimento de um bebé tão pequeno, ...dos dois bebés tão pequenos” (...) “Eu nem sequer sabia que aqueles bebés tão pequeninos (riso) já podiam receber o nosso leite. Pronto, fiquei logo muito contente”. E7***
- ***“ De todas elas a única coisa que preocupava, que falávamos constantemente era na amamentação”. E7***
- ***“É uma coisa que eu quero, pelo menos amamentar até onde der. Porque acho que é muito importante, tanto para nós mães como para eles” (...)“...extrair o leite. Eu também acho que é o melhor para ela”. E8***

Perspectiva das mães sobre a valorização que os profissionais atribuem ao aleitamento

Todas as mães entrevistadas sentiram que os profissionais de saúde valorizavam a importância do LM para alimentar os RNs e que essa percepção as influenciou e ajudou a nutrir os seus filhos.

- ***“Neste caso se não tivessem elucidado sobre a importância, já teria desistido”. E2***
- ***“Acho que foi o Dr. Y que esteve a falar comigo, disse que (...) era muito importante, nem que fosse pelo menos até aos dois meses era muito bom, mas se fosse até aos quatro ainda era melhor”. E8***

Dificuldades percebidas no aleitamento

Existem determinadas circunstâncias que podem transformar-se em dificuldades para nutrir estes bebés, tais como as inerentes à prematuridade propriamente dita, as maternas e até as decorrentes das rotinas da UCIRN.

Dificuldades inerentes ao RNPT

O processo inicial do AM é sempre dificultado por aspectos inerentes à imaturidade do RNPT.

- ***“Ela primeiro estava a ser alimentada por sonda, depois, se calhar, por ter tido uma infecção, também dificultou”. E2***

Ainda quanto às dificuldades encontradas pelas mães no processo de amamentação, duas mães referiram dificuldades devido ao tamanho do bebé:

- ***“...a boca dela é muito pequeninha e o bico do meu peito é grande. Então aí escapa-lhe da boca dela e ela tem um pouco de dificuldade de pegar”. E3***
- ***“ (...) Embora ele não conseguisse pegar ainda, porque era muito pequenino”. E4***

Os estados de consciência do RNPT também influenciam a alimentação. Para Hernandez (2001), os RNPTs permanecem mais tempo em estados de sono quando estão a ser amamentados, mantendo curtos períodos de alerta. Este factor dificulta o início e a manutenção do ritmo da sucção, afectando o volume de leite ingerido. Duas mães deste estudo referenciam esta dificuldade:

- ***“...ela também é muito preguiçosa. Ela adormece a meio e mamava muito pouquinho”. E9***
- ***“...de vez em quando adormece e não consegue beber tudo”. E7***

Outras das dificuldades própria da prematuridade que uma das mães relatou, foi a falta de força na sucção.

- ***“...uma bebé mama, as outras só um bocadinho porque, não têm força, nem uma nem outra”. E6***

Outra dificuldade que pode influenciar a sua opção na forma de alimentar o seu filho é o facto de não saberem com exactidão a quantidade de leite que o bebé ingere ao

peito, criando nelas sentimentos de insegurança quanto à melhor forma de o alimentar, optando muitas das vezes pelo biberão. Esta mãe relata que:

- **“Agora o complicado é... é ver o que ele mama porque, habituamo-nos ao biberão”.**

E1

Dificuldades
inerentes à
mãe

No início da amamentação a mãe de um RNPT enfrenta dificuldades não só inerentes às limitações fisiológicas do seu filho, mas também às suas próprias dificuldades.

Uma das mães entrevistadas mencionou “peito duro” como um dos problemas para extrair o leite.

- ***“Os primeiros dias foram complicados e depois ...não me lembro, mas cinco dias com o peito muito duro. Duche com água quente e depois toalha com água quente...”***. **E6**

Outras dificuldades causadoras de desmame precoce relacionam-se com o estado dos mamilos.

Duas das mães entrevistadas referiram dificuldade em amamentar devido ao formato dos seus mamilos.

- ***“...era um bocadinho mais difícil por causa do mamilo”. (...)“...também não tinha o mamilo muito bem formado então, ela rejeitava um bocadinho e desinteressava-se”***. **E2**
- ***“...o meu peito não é muito interessante, porque não foi fácil a bebé pegar no mamilo, não tenho mamilos em condições (riso), são rasos”***. **E9**

Importa referir que mamilos rasos podem dificultar a amamentação mas não a impedem necessariamente (Giugliani, 2000). Ainda que em muitas UCIs e maternidades seja aconselhado a utilização de mamilos de silicone, o seu uso é considerado desaprovado tanto em bebés de termo, como em RNPTs, uma vez que podem conduzir à recusa da mama pelo bebé, e quando isso acontece passa a ser uma situação difícil de ultrapassar. Para além disso, o uso prolongado afecta a produção de leite da mãe, já que a acção da língua e do maxilar sobre o mamilo é menos eficaz e reduz significativamente a quantidade disponível de leite (Galvão, 2006). Não havendo uma estimulação directa do mamilo pelo bebé sabe-se que a produção de leite estará comprometida, uma vez que os estímulos enviados para a hipófise são cortados, diminuindo assim a produção efectiva de prolactina (Giugliani, 2000).

Embora se observe o incumprimento de uma das normas da OMS, no que se refere à utilização de mamilos de silicone, uma das mães relatou que os enfermeiros desta unidade a incentivaram a comprar e a utilizar mamilos de silicone.

- ***“...falaram nos bicos de silicone que eu podia comprar para ajudar ela a mamar no meu peito”. E3***
- ***“Teve uma enfermeira que me explicou o seguinte: que agora era bom os bicos de silicone, está ajudando ela, mas depois que era bom que eu retirasse um pouco e para que ela pegasse no meu peito. Ela tem de acostumar, ela vai crescer e pode não precisar”. E3***

Outra das dificuldades sentidas e referidas pelas mães de bebés pré-termos é o de produzir pouco leite. Sabe-se que é consequência de diversos factores como: extrair leite artificialmente, stress, preocupações com a saúde do bebé, ambiente desconhecido, separação mãe-filho (Giugliani, 2000).

Uma das mães entrevistadas fez referência ao facto de cada vez que extraía leite ao longo do internamento, ia produzindo menos leite chegando a demonstrar medo de deixar de o produzir.

- ***“...como perder o leite principalmente nesta fase. (...) Tem sido um bocado medroso” “...porque tinha muito leite e agora já (riso) ...estou sempre com aquele receio de ficar sem”. E8***

As mães que têm filhos pré-termo internados apresentam algum stress. Mesmo sentindo um forte desejo de amamentar e reconhecendo a importância do LM, as condições inerentes a esta vivência, conspiram contra esta vontade. Sabe-se que um dos factores que propicia o estabelecimento da lactação é a produção da hormona ocitocina e o seu mecanismo neuro-hormonal está ligado em grande parte a factores psíquicossomáticos (Delgado & Halpern, 2004).

O stress sentido pelas mães durante o internamento e por toda a vivência de ter um filho prematuro construiu uma dificuldade para as participantes deste estudo.

- ***“Acho que sim. No meu caso, como tinha outros dois filhos de vez em quando ia a casa. A preocupação de os ter em casa, o dia que ia a casa era para esquecer”. E2***
- ***“...se eu não estivesse aqui, no quarto piso provavelmente já não teria leite. A azáfama que a mãe iria sofrer de andar para trás e para a frente ia prejudicar todo o processo”. E2***

Duas das mães referem que os profissionais as alertavam para o facto de o stress poder afectar o AM, incentivando-as a descansar.

- *“...o stress afecta muito, tanto que o leite começa a não se soltar tanto...e pronto. Na Unidade falaram que o stress pode afectar muito”. E4*
- *“No meu caso disse para não me preocupar para ir tentando, para não desistir. Tentar descansar mais, porque é muito cansativo principalmente o psicológico. Acaba por prejudicar um bocadinho, porque tinha muito leite e agora já (riso) ...estou sempre com aquele receio de ficar sem”. E8*

Dificuldades
decorrentes das
rotinas da Unidade

As UCINs, pelas suas características físicas e pela alta tecnologia que envolvem podem dificultar o processo de AM. Habitualmente são espaços fechados, com regras muito específicas, altos níveis de ruído, entre outros aspectos que de algum modo se revelam obstáculos para a implementação da amamentação (Ministério da Saúde, 2002). Acresce ainda o facto de que muitos profissionais encontrarem-se mais atentos e preocupados com a sobrevivência dos seus utentes, relegando para um segundo plano as questões do AM. O elevado número de profissionais que cuidam do RNPT pode também condicionar o AM, pois existe maior tendência para posturas diferentes, opiniões díspares, e até mesmo, incoerências nos ensinamentos. Realidade, esta, que constitui um elemento negativo para a mãe, que necessita de incentivos e apoios sólidos para ultrapassar as dificuldades em amamentar (Matuhara & Naganuma, 2006b).

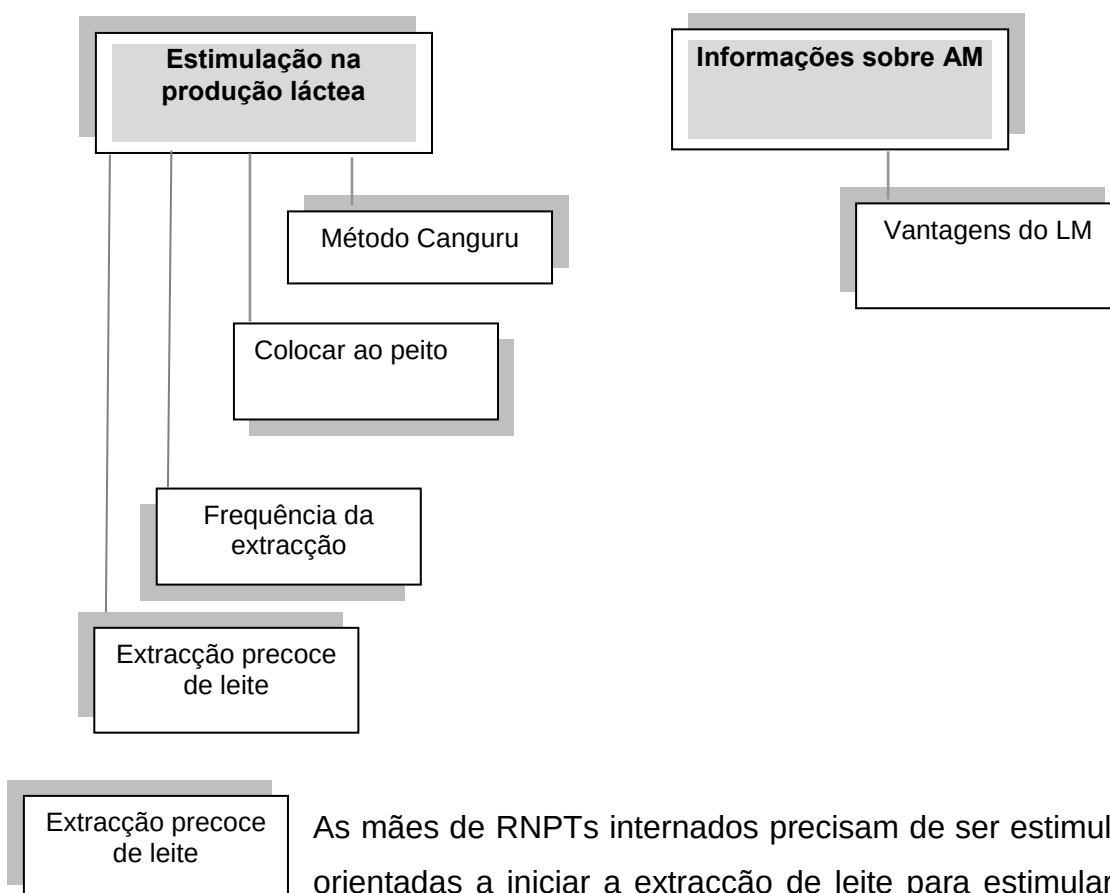
Segundo duas mães entrevistadas, na UCIRN evidenciam-se dois tipos de dificuldades: a discrepância/incoerência dos ensinamentos feitos pelos profissionais e o reduzido número de enfermeiros por RN:

- *“Há ali uma ...discrepância e acaba por... nós acabamos por ter receio, será que é bom? Pô-la ao peito já? Será que vai prejudicar? Acaba por nos assustar um bocadinho, será que nós estamos a fazer bem?”. E8*
- *Em relação à amamentação (...) que devia haver mais apoios mais coordenação entre colegas. Porque estarem a dizer uma coisa e passado mudança de turno já nos dizerem outra. Torna-se muito... faz-nos pensar e ainda nos cansa mais. E ficamos sempre com aquelas dúvidas e com aquele medo...”. E8*
- *“Eu noto que às vezes, principalmente nestes últimos dias que tenho estado no berçário, mesmo que queiram eu entendo que não haja tempo. Houve ali dias que estava uma enfermeira para os seis bebés. É impossível porque estão muitas mães na minha situação. É impossível estarem a apoiarem a mim e às outras seis, quando eles têm de mamar à mesma hora. Também compreendo que às vezes não*

dá para mais. Já cheguei a esta conclusão, às vezes não é só não quererem, mas também não há meios, não há tempo...”. E2

ESQUEMA 4 – Esquema representativo do 3º Tema:

Incentivos que as mães receberam para poderem iniciar e manter o aleitamento



As mães de RNPTs internados precisam de ser estimuladas e orientadas a iniciar a extracção de leite para estimular a sua produção. O atraso no início da expressão mamária e a inibição da ejeção de leite decorrente da ansiedade e preocupação com o bebé pode determinar insuficiência láctea. Por isso, é importante que a extracção seja iniciada após o parto, se possível nas primeiras 48 horas (Nascimento & Issler, 2004).

Estimular a produção de leite através da extracção precoce por bomba eléctrica foi um incentivo que quase todas as mães entrevistadas receberam, tanto dos profissionais de obstetrícia, como dos profissionais da UCIRN. Através das orientações verbais, os profissionais acabam por transmitir às mães a responsabilidade de retirar leite para alimentar os seus filhos, das quais destacamos os seguintes perfis constitutivos:

- *“Incentivaram-me logo desde os primeiros dias a extrair e a levar ao bebé”. E2*

- *“...lá em baixo onde eu estava (puerpério) incentivaram-me a retirar o leitinho e eu comecei a tirar o leitinho e a levá-lo para onde o bebé estava...”. E4*
- *“...foi uma enfermeira do piso que me perguntou se eu queria dar peito. E eu disse que sim, se eu puder”. (...)“Levou-me ao local da bomba e tirámos. Ensinou-me como havia de fazer os procedimentos, todos”. E5*
- *“Depois no outro dia (um dia após o parto) para tentar ir à bomba, para ver se conseguia ter alguma coisa”. E7*
- *“...na cirurgia onde estava. A enfermeira falou comigo, vamos começar a estimular o peito...”. E8*
- *“...ao 3º dia já consegui levantar-me, foi incentivada a fazer a extracção de leite com a bombinha, mesmo no bloco (piso) onde estive internada”. E9*
- *“No segundo piso (...) logo umas horas após a cesariana incentivaram-me logo a ir extrair leite com a bomba. Mesmo que não conseguisse levantar, as enfermeiras traziam-me a máquina até ao quarto”. E2*

Apenas duas das mães entrevistadas referiram que tomaram a iniciativa de extrair o leite, sem que primeiro fossem incentivados por algum profissional.

- *“Eu é que comecei a tirar, a extrair o leite...”. E3*
- *“Eu depois perguntei sozinha, porque, no terceiro piso ninguém me disse nada, queres? não queres tirar? (...) não sei porquê!? Porque não tenho bebés ao pé? Ou, não sei o que foi?!”. E6*

Frequência da extracção

A produção de leite está directamente relacionada com a frequência da extracção de leite (Nascimento & Issler, 2004; Galvão, 2006). Uma mãe que retire leite mais que quatro vezes produz mais leite que outra que apenas extrai menos que três vezes ao dia. As mães devem conhecer e entender esta correlação. Deste modo será mais fácil manter o volume de leite necessário para amamentar no momento da alta e posteriormente (Galvão, 2006). Mostra-se fundamental que os profissionais de saúde incentivem e prestem ensinamentos específicos para estimular e manter a produção de leite.

Uma das subcategorias que emergiu das entrevistas relaciona-se com a frequência da extracção. A equipa de enfermagem orientou a maior parte das mães entrevistadas quanto à frequência da extracção e quanto à importância para manter a produção de leite.

- *“...um fim-de-semana inteiro em casa, se eu não tirasse era complicado”.
“...ensinaram na primeira vez que eu saí para ir a casa, também me explicaram que devia comprar uma bomba se quisesse ir a casa, para continuar... para não estar aquelas horas todas sem tirar leite”. E2*
- *“...se não extrairmos assim, com essa frequência, temos tendência a ficar sem leitinho”. E4*

Em relação à frequência da extracção, as mães que o referenciaram (quatro) foram unânimes e consensuais. Para além disso demonstraram que os profissionais seguiam as ultimas recomendações da OMS.

- *“Estimularam a extrair o leite de três em três horas e durante a noite de quatro em quatro”. E5*
- *“Três horas! É bom, três, quatro. Eu também não sabia que horas, porque, no primeiro tempo não tinha leite e eu penso para quê tirar senão há nada? Para quê tirar? Depois perguntei, e eles disseram, há ou não há, cada três horas tens de tirar”. E6*
- *“Quando levei o leite para a Unidade é que me perguntaram que de quanto em quantas horas é que estava a tirar? e eu disse que não estava a tirar de hora em hora nenhuma (riso). Porque não sabia...” (...) “...a enfermeira da Unidade é que me disse, que eu devia tirar de três em três horas...”. E7*
- *“... a enfermeira disse-me (...) para continuar a estimular o peito, depois de três e quatro horas no máximo por dia”. (...) “Chegar aqui de manhã tirar o leite e depois passar de três horas, sempre passar de três horas tirar o leite”. E8*

Colocar ao peito

A produção de leite de uma mãe que não esta a dar directamente o peito, como no caso dos RNPTs, constitui um grande desafio para a mãe e para todos os profissionais de saúde das equipas de neonatologia. A produção insuficiente de leite é um problema que se intensifica com o passar do tempo e quando as necessidades do bebé aumentam a produção de leite torna-se insuficiente (Aguayo Maldonado, 2001). É preciso arranjar estratégias que contrariem esta tendência.

Duas das mães reconheceram que o facto do bebé ir ao peito, mesmo antes de reunir condições fisiológicas para mamar, foi uma importante forma de incentivar a produção de leite.

- *“Ela cada vez que vem ao peito, nota-se que é só para estimular”.(...)“...hoje tem mamado sempre no peito e eu passado uma hora de ela ter mamado, venho tirar leite! E ela tinha acabado de mamar. Nunca tirei tanto leite para o biberão como hoje!”. E7*
- *Também me incentivaram a pô-la ao peito (...). Ainda não estava em condições, com 30 S.G ainda era pequena, mas veio ao peito e ela fez a sucção muito bem. Ela sucção tinha, não tinha era semanas de tempo”(...) “...estou agora a tirar mais um bocadinho”. E8*

Método Canguru

Para além dos benefícios psico-afectivos e neurosensoriais, o Método Canguru beneficia o AM. De acordo com alguns estudos, verifica-se um aumento do volume de leite produzido e um aumento do período de amamentação nas mães que praticam o Método Canguru (Whitelaw, Heisterkamp, Sleath, Acolet, & Richards, 1988; Xavier, Jorge & Gonçalves, 1991; Venâncio & Almeida, 2004).

A maior parte das mães entrevistadas referiram que os enfermeiros da UCIRN incentivavam as mães a fazerem o Método Canguru, e estas reconheceram-no como benéfico para estimular e para aumentar a produção do leite.

- *“...quando fez o canguru ele só procurava a mama e começou a mamar e então a partir daí” (...)“ Começamos a pô-lo mais vezes ao peito, mesmo na parte da incubadora, quando ele ia ao canguru já ia mamar...”. E1*
- *“Ela (enfermeira) foi a primeira a incentivar a fazer o canguru. Logo nesse dia ela foi logo ao peito, porque eu também tinha dito que estava a perder o leite”. (...)“Ela também explicou que era muito importante o bebé vir ao colo, para ver se tinha mais leite e para não desistir”. E2*
- *“...teve uma enfermeira que me explicou a importância de ela estar sempre comigo, de ela sentir o calor da mãe, dela sentir que a mãe está ali perto, é a mãe que esta pegando”. E3*
- *“Em relação à amamentação, eu acho que foi no segundo ou terceiro dia que o meteram que comecei a ter mais leite... mais abundante. Por acaso colocaram-no ao peito e ele pegou, por acaso pegou”. E5*
- *“Ás vezes, quando eu faço canguru e depois vou tirar leite, tiro mais leite”. E6*
- *“...cheiro do leite e da procura”. (...)“...acaba por incentivar, acabamos por ir buscar mais força pensando que é o melhor para o bebé. Deixa-nos muito mais calma, eu pelo menos falo por mim. É sempre diferente nós chegarmos ali e vê-la e não podemos tocar e quando começamos a fazer é totalmente diferente”. E8*

Vantagens do LM

Duas das mães entrevistadas demonstraram ter algum conhecimento sobre as vantagens do LM, mesmo antes de contactar com os profissionais da UCIRN. No entanto mencionaram que estes faziam referência dos benefícios do LM.

- ***“Eu, isso já sabia. Além de me disserem eu não fico chateada, porque eu sei que estão a fazer o trabalho deles e estão a estimular-me mais a mim”. E5***
- ***“Já tinha algumas noções, mas, qualquer das maneiras fui alertada exactamente para isso.” E9***

As vantagens do LM para o bebé, como agente protector de infecções são amplamente aceites no meio científico e bastante difundidas pelos profissionais de saúde, principalmente entre os profissionais das UCINs devido à incidência de infecções nestas Unidades. Neste contexto, as vantagens imunológicas do LM acabam por ser muito valorizadas e facilmente transmitidas às mães destes bebés (Delgado & Halpern, 2004).

Este estudo demonstra isso mesmo. As mães entrevistadas fizeram referência que os profissionais da Unidade referiam o benefício imunológico do LM para RNPTs e ao facto de as proteger também em relação a outras doenças.

- ***“Explicaram-me desde o início, desde que ela foi para a incubadora a importância do leite materno, para as infecções e para tudo isso”. E2***
- ***“...acho que para os prematuros ainda é mais importante para criar mais defesas”. E8***
- ***“...o leite da mãe ajuda a proteger a criança, de algumas doenças e tudo”. E3***

Para além dos benefícios imunológicos, uma das mães participantes referiu outros, tais como:

- ***“...em termos de inteligência é muito bom, em termos de nutrientes, (...), ajuda muito (...) em termos de desenvolvimento”. E5***

Apenas duas mães referiram benefícios maternos:

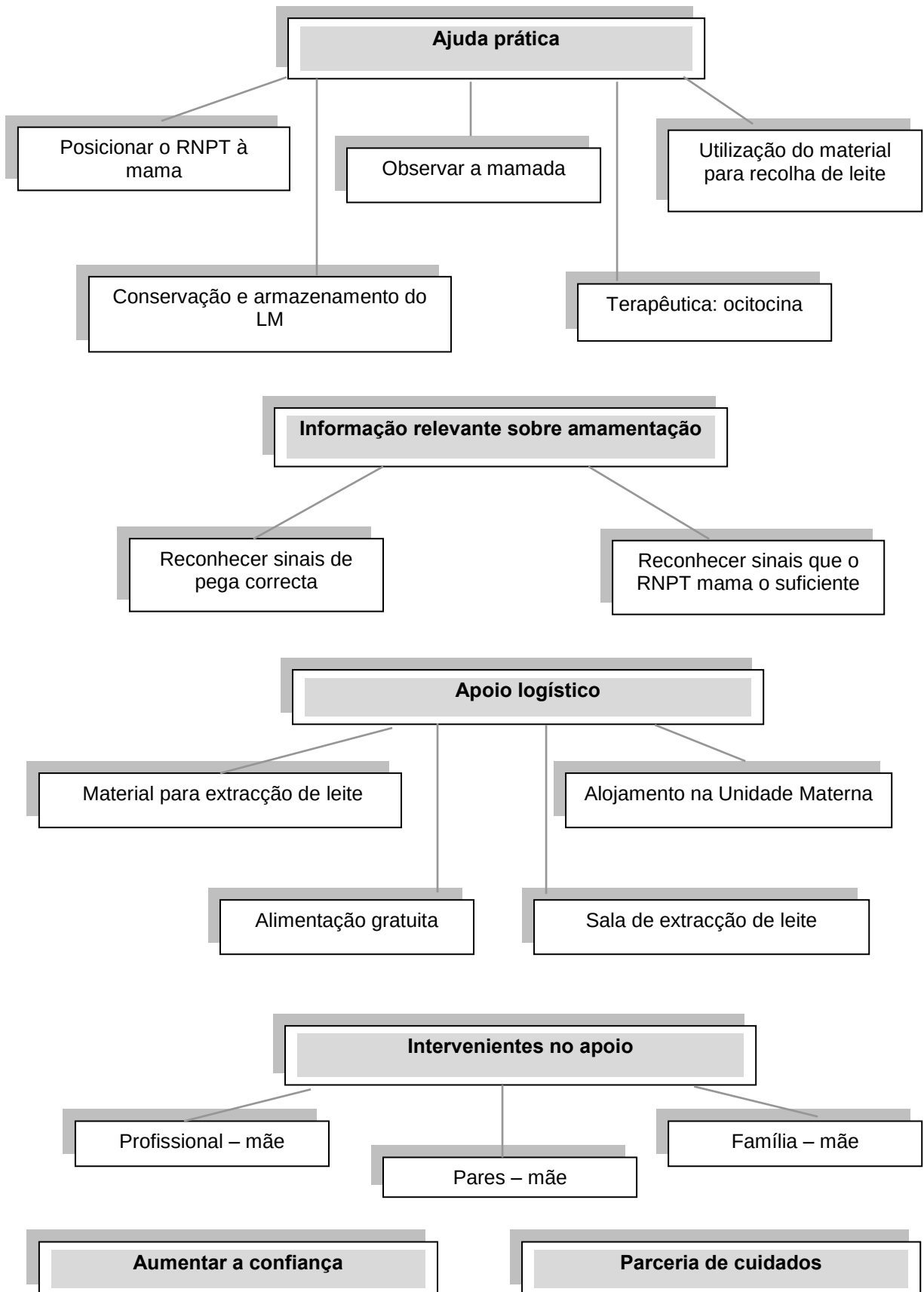
- ***“Em termos de amamentar diz que o útero da mulher volta mais depressa ao normal e também ajuda a pessoa a voltar ao peso normal”. E5***
- ***“Não precisamos de andar com biberões, esterilizadores, nem aquecer o leite que já está à temperatura”... não só para a mãe, mas para o bebé. E9***

A condição de prematuridade do RN determina variações na composição do LM, tornando-o adaptado às necessidades do prematuro. O leite de mães de prematuros é diferente do leite de uma mãe que teve um bebé de termo, especialmente durante as quatro primeiras semanas de vida; contêm maiores concentrações de nitrogénio, calorias, gordura, proteínas com função imunológica, cálcio, sódio, vitaminas A, D e E e IgA, fazendo face às necessidades nutricionais destes RNs (Nascimento & Issler, 2004). Tornando a oferta deste leite cada vez mais aceite e incentivada, sendo um consenso mundial de que o melhor leite é o da própria mãe. Esta realidade nem sempre é do conhecimento das mães de RNPTs. Os profissionais de saúde têm o dever de informar.

Neste contexto, importa referir que uma das mães entrevistadas, apesar de não saber, foi informada pelos enfermeiros da Unidade que o seu leite era muito importante e específico para o seu bebé pré-termo.

- ***“Para um prematuro não, mas depois de falar cá em cima com os enfermeiros, ainda é mais importante do que para os bebés grandes”. E8***

ESQUEMA 5 – Esquema representativo do 4º Tema:
Apoios que as mães receberam para amamentar



Na perspectiva de Bueno e Teruya (2004), no puerpério imediato e nos primeiros dias pós-parto, a habilidade mais importante é a ajuda prática que os profissionais implementam junto das mães.

Como ajuda prática, as mães deste estudo verbalizaram que os enfermeiros posicionavam o bebé ao peito, observavam a mamada e apoiavam com o fornecimento de material necessário para a extracção do leite.

Posicionar o RNPT à
mama

Hoje sabe-se que o posicionamento é importante para a transferência efectiva do leite para o bebé e para prevenir a dor e problemas nas mamas. Por isso é indispensável que a mãe seja orientada a posicionar correctamente o seu filho à mama (Giugliani, 2000).

Neste estudo a maioria das mães referiram que foram apoiadas no posicionamento do bebé à mama.

- ***“Tive uma enfermeira que me ajudou a pôr ao peito” (...)“...teve uma que se sentou, que até esqueci do nome agora. Ela me ajudou a pôr, até ficou segurando a cabecinha até ela pegar, pegar no peito”. E3***
- ***“...eu não me sentia segura... eles, tentavam pô-lo ao peito. Colocaram o bebé à mama... eles próprios é que tentavam pôr o bebé ao peitinho”. E4***
- ***“...ajudaram a colocar na posição correcta, ajudaram em termos do meu posicionamento, e do bebé estar bem posicionado”. E5***
- ***“...a primeira vez que decidiram dar só mama, estiveram ao pé de mim. Ensinaram-me... mais inclinada, o nariz para ela poder respirar, sempre que a bebé parava, para deixar, para não forçar, para descansar um bocadinho”. E7***
- ***“Até foram vários (enfermeiros). Primeiro tentaram estimular os mamilos e a maneira mais correcta de o fazer. Depois a posição da bebé no meu corpo. Isso, fizeram e tive muito apoio nessa parte. Não foi só um, foi em vários turnos e de todos eles tive apoio nesse sentido (...). Ensinaram a ter cuidado com o nariz, se eu estava a sentir aquele puxar... pela maminha, pelo leite...nesse aspecto senti-me bastante apoiada”. E9***

A maioria das mães de gémeos tem leite suficiente para os alimentar. A procura regula a oferta e, por isso, a quantidade de leite não constitui um problema para amamentar gémeos (Galvão, 2006). Foram publicados vários estudos de mães que amamentaram exclusivamente trigémeos e quadrigémeos (González, 2004). Mas as dificuldades surgem quando acordam ao mesmo tempo e querem ser alimentadas

em simultâneo. Normalmente as mães destes bebés interrogam-se se isso é possível. Também podem encontrar profissionais que não saibam responder a esta questão e que por desconhecimento, desinformam e não incentivam a amamentação em simultâneo.

Neste estudo, das nove mães entrevistadas, uma foi mãe de gémeos e outra de trigémeos mas, apenas a uma das duas foi explicado o posicionamento dos gémeos na mama em simultâneo. Esta mãe desconhecia que o podia fazer. Neste caso específico valeu a intervenção dos enfermeiros.

- ***“Eles (enfermeiros) disseram, vão as duas. Duas meninas e explicaram a posição para as duas, porque, eu não sabia. Pode ser assim? Pode ser assim? Foi bom, gostei (riso) duas ao mesmo tempo”. E6***

No caso da outra mãe de gémeos, esta realidade de posicionar em simultâneo os seus filhos não foi incitada. No entanto foi motivada para amamentar os seus gémeos ao peito alternadamente.

- ***“...a enfermeira que me estava a explicar disse logo que era difícil, que não era fácil de conciliar, os dois na mama na mesma mamada. A sugestão que me agradou mais, foi continuar a tirar, à mesma hora, uma mama no peito outra mama biberão e na outra mamada seguinte fazer ao contrário”. E7***

Observar a mamada

As mães devem estar informadas que as primeiras semanas da amamentação ao peito são uma fase difícil, principalmente para mães que nunca amamentaram (Giugliani, 2000; Rocha et al., 2002; Matuhara & Naganuma, 2006a). Segundo Elsa Giugliani (2000), muitos problemas podem ser prevenidos se houver um acompanhamento próximo e eficaz, vigiando criteriosamente as mamadas, principalmente a primeira. A avaliação de uma mamada pode ser muito útil para os profissionais, especialmente para os enfermeiros porque indica se uma mãe precisa de ajuda e no caso de precisar, que tipo de ajuda.

Na Unidade em questão, os enfermeiros observavam a mamada demonstrando apoio integral e disponibilidade, é o que nos referem três das nove mães entrevistadas neste estudo:

- *“Ela quando colocou o bebê ao peito teve sempre ao pé de mim, a explicar o posicionamento... Teve sempre ao pé de mim o tempo todo. Isso aí, senti completo apoio”. E2*
- *“Até foram vários (profissionais). Primeiro tentaram estimular os mamilos e a maneira mais correcta de o fazer. Depois a posição da bebé no meu corpo. Isso, fizeram e tive muito apoio nessa parte. Não foi só um, foi em vários turnos e de todos eles tive apoio nesse sentido... Ensinaaram a ter cuidado com o nariz, se eu estava a sentir aquele puxar... pela maminha, pelo leite...nesse aspecto senti-me bastante apoiada”. E9*
- *“Esteve presente, ao princípio estive e quando se afastava estava sempre a ver se ela estava a mamar, se estava tudo bem”. E8*

A amamentação é um processo de aprendizagem. O RNPT necessita de tempo para aprender a sugar, a deglutir e a respirar; concomitantemente, a mãe precisa de aprender a oferecer a mama e a observar a mamada. No entanto, ambos precisam do apoio dos profissionais.

Utilização do material
para recolha de leite

Disponibilizar materiais para recolha de leite é essencial e faz parte da ajuda prática que qualquer instituição deve oferecer às mães.

Através da análise das entrevistas podemos compreender que as mães participantes neste estudo evidenciaram ajuda prática com o fornecimento do material para a recolha de leite.

- *“Mesmo que não conseguisse levantar, as enfermeiras traziam-me a máquina até ao quarto”. E2*
- *“Ensinaaram como pôr e identificar os biberões. Levar para a Unidade e guardar no frigorífico até o bebé necessitar desse leitinho”. E4*
- *“O material é sempre fornecido. Nunca me recusaram, sempre que peço trocam-me o material, estão sempre disponíveis”(...) “Na unidade, disseram onde eu podia tirar o material”. E5*
- *Os enfermeiros da UCIRN todos explicaram que pode ser leite no frigorífico 24 horas e o leite congelado, quando a arca é boa pode ser meio ano, quando tem frigorífico, um mês, um mês. (...) Ele tem de descongelar na porta do frigorífico”. E6*

Conservação e armazenamento do leite materno

Logicamente, o ideal seria que o LM fosse utilizado imediatamente após a sua recolha (Nascimento & Issler, 2004). Contudo, devido à prematuridade, a necessidade de armazenamento e conservação do LM é uma das soluções encontradas pelas Unidades Neonatais. Cabe aos profissionais de saúde informar as mães desta possibilidade e informá-las sobre a melhor forma de armazenar e conservar o seu leite.

Uma das preocupações dos enfermeiros desta Unidade foi a de informarem as mães da possibilidade de conservar o LM e a melhor forma de o fazer.

- *“ Identificar o biberão, o prazo de validade do leite, todas essas coisas que à partida nos não temos conhecimento e explicaram logo. Que podíamos meter no frigorífico.”.(...)“Explicaram como é que devia trazer o leite”. E2*
- *“Ensinaaram como pôr e identificar os biberões. Levar para a unidade e guardar no frigorífico até o bebé necessitar desse leitinho”. E4*
- *“...que poderia ter ali o leitinho no prazo de 24 horas que dava. Eu não sabia do horário ao certo, mas sabia que podia guardar durante um tempinho. Tentaram me dizer as coisas, pronto”. E5*
- *“Que se podia guardar durante 24 horas e isso foi-me explicado na unidade”. (...) de estar sempre no frigorífico. Para aqui tem de vir sempre numa arquinha fresquinha”. E7*
- *“ Ia para o frigorífico (...) 24 horas e falaram também da higiene”. E8*

Terapêutica: ocitocina

Por vezes, as mães verbalizam que têm o peito duro e cheio, que pode significar um insuficiente reflexo de leite pela falta de libertação natural da ocitocina no seu organismo (Lothrop, 2000). Sabe-se que também a ansiedade, inerente a uma situação de prematuridade, influencia a produção de ocitocina. Nestes casos, o uso de activadores da galactogénese podem ser prescritos, como é o caso da administração artificial da ocitocina. A ocitocina não só ajuda na ejeção de leite, como, pode efectivamente aumentar a autoconfiança materna resolvendo eficazmente estas dificuldades (Barros & Ferrari, 2003).

Duas, das nove mães entrevistadas apontam a administração desta hormona como um estímulo importante na injeção de leite em determinado momento da lactação.

- *“Eu sozinha perguntei se há gotas? Também para ajudar. Porque eu vi uma mãe a aplicá-las e depois perguntei: o que é isso? Ela disse gotas, podes perguntar à enfermeira se pode dar-te. A enfermeira deu. E eu já tiro leite... cada dia, cada dia, mais que uma hora... e agora é mais fácil”. E6*
- *“Inclusivamente deu-me um spray, acho que é a ocitocina para fazer esse estímulo”. E9*

Informação relevante sobre amamentação

As mães têm o direito a uma informação completa, correcta e actualizada e de acordo com as suas necessidades. Um estudo realizado por Lisa et al., (1999), afirma que as informações fornecidas às mães pelos profissionais de saúde são de extrema importância e encontraram uma associação entre a consistência e a qualidade dessa informação com o sucesso do aleitamento (Pereira, 2004).

Reconhecer sinais de pega correcta

As mães devem ser ensinadas pelos profissionais de saúde a reconhecer sinais de uma pega correcta. Estes ensinamentos são úteis porque aprendem a ter um olhar crítico sobre a mamada e a estarem despertas em relação a tudo o que a envolve. Deste modo, será mais fácil amamentar e pedir ajuda quando não conseguem ultrapassar as dificuldades.

As mães deste estudo referiram terem sido ensinadas pelos enfermeiros a reconhecer diferentes sinais indicativos de que estariam a mamar numa posição correcta. Como podemos constatar pelos seus discursos, salientaram os seguintes: o lábio inferior virado para fora, o boca bem aberta para não mamar apenas no mamilo, a visualização da bochecha do bebé, posicionamento da mãe.

- *“Ver se a bochechinha não fazer covinha e essas coisas todas”. E4*
- *“...quando ela está a mamar sinto-a a puxar e quando esta a brincar começa como... a querer tirar e meter o bico da mama, a querer brincar mesmo como ela já fez ...”. E5*
- *“...não sabia mas ela (enfermeira) explicou-me como era a boca de peixe, se ela estava a pegar bem no peito, para observar as bochechas dela”. E5*

- ***“...o nariz para ela poder respirar, sempre que a bebé parava, para deixar, para não forçar, para descansar um bocadinho, a boquinha de peixe (riso), a bochechinha....”. E7***

Reconhecer sinais que o RNPT mama o suficiente

Como anteriormente já foi referido, uma das dificuldades relatadas pelas mães deste estudo, era a incerteza sobre a quantidade de leite que o bebé ingere ao peito e se essa ingestão seria suficiente, ou não, para aumentarem de peso. Apesar de sentirem esta preocupação, elas foram informadas pelos enfermeiros a reconhecer alguns sinais que as ajudavam a eliminar estas preocupações, como a avaliação do peso, as micções frequentes ao longo do dia, o tempo entre as mamadas.

- ***“Se a fralda tivesse chichi, se o peito ficasse mole”. E1***
- ***“Deve secar primeiro uma mama e depois a outra”. E3***
- ***“O que me disseram logo foi que nas 24 horas se as fraldas forem bem pesadas, que ele está a aumentar”. E4***
- ***“Sabia que era melhor primeiro um peito até ao fim e depois o outro (...). Leite primeiro tem umas coisas, vitaminas, o segundo tem mais gorduras. É bom tudo... é bom um peito até ao fim para mamar e depois o outro”. E6***
- ***“Primeiro, ver o período de tempo que ele dorme. Se dormir muito é sinal que ficou satisfeito, portanto, não é motivo de preocupação. E o outro, pelo peso da fralda. Se tiver muito chichi sinal que está bem, está tudo a funcionar bem, se virmos que a fralda está levezinha, sinal de preocupação...”. E7***

Apoio logístico

Para que as instituições possam promover o AM e para que este tenha sucesso são indispensáveis diversas formas de apoio logístico, desde material para extracção de leite, até as próprias condições de alojamento materno, entre outras.

Material para extracção de leite

- ***“O material é sempre fornecido. Nunca me recusaram, sempre que peço trocam-me o material, estão sempre disponíveis”. E5***
- ***“É uma grande vantagem até porque as bombas são eléctricas (riso). O material é bom”. E7***

Alimentação gratuita

Durante a amamentação a mãe tem maiores necessidades nutricionais para manter a sua saúde e também a do seu bebé. É do conhecimento científico que a dieta materna pode afectar a produção de leite. Embora esta correlação não esteja ainda bem entendida é importante que as instituições hospitalares assegurem uma dieta nutritiva e hídrica equilibrada para atender as necessidades das mães que se encontram a amamentar (Serra & Scochi, 2004). Para além deste aspecto, o facto de disponibilizar a refeição na própria instituição, perto do local de internamento do bebé, permite ganhar tempo, tanto para extrair o leite, como para aleitar o bebé.

É o que nos demonstram as mães através dos seguintes perfis constitutivos:

- ***“O facto de poder comer aqui também foi muito importante. Não precisava de perder tempo a pensar nestes pormenores. Tudo isto facilita a vida às mães. Deixa todo o tempo do mundo para se dedicar ao bebé”. E2***
- ***“Estamos sempre perto dos bebés e os horários podem coincidir com a hora de almoço e se calhar poderíamos não ter tempo de ir almoçar fora ou se calhar as refeições no bar também não serão as ideais para fazer uma alimentação cuidada”... a gente sabe que há hora de almoço mas também ninguém nos vem tirar o tabuleiro. Por isso, podemos demorar mais um bocadinho. Pelo menos sabemos que podemos fazer as refeições aqui e adequadas.” E9***
- ***“ Em termos de refeições foi muito importante, porque estou muito longe. Não é muito longe, só que quero ficar ao pé dos bebés. E6***

Alojamento na Unidade Materna

Todas as mães que permaneceram na Unidade Materna, referiram este apoio como um importante apoio logístico na amamentação

dos seus filhos. Salientaram que favorecia a proximidade com os seus filhos e favorecia o descanso entre as visitas à Unidade.

- *“...mais para a frente quando passei para o piso das mães, facilitou um bocadinho”. Foi fundamental estar no quarto piso... foi importante o estar aqui, no quarto piso, porque fez com que eu mais facilmente... a qualquer hora pudesse ir à UCIRN e estar com a minha bebé”. E2*
- *“...a Unidade Materna.... Eu vim para aqui, digo sinceramente, assim que entrei aqui comecei a chorar e fui muito abaixo. E5*
- *“...disseram-me, uma enfermeira ‘porquê que eu não ia a casa?’ Para arejar a minha cabeça e eu não quis. Não quis porque ia custar muito estar longe da minha bebé”. E5*
- *Ter um quarto ajuda muito”. E6*
- *É importante, as condições são mínimas...mínimas? São boas, não são... e o facto de descansarmos, porque acabamos por descansar um bocadinho. Porque passar aqui o dia (riso) é muito complicado”. E8*

Sala de extracção de leite

Todas as mães entrevistadas usufruíram da sala de extracção de leite, apelidada por elas de *Sala de Amamentação*. As que a mencionaram, referiram-na como um importante apoio logístico para poderem alimentar os seus filhos durante o internamento.

- *“É importante estar aqui. A gente já tem aquele horário, já sabe aquele horário, uma a seguir vem a outra”. E5*
- *“Tens sítio onde podes tirar leite à vontade, não tens pressa. Adaptei-me bem às bombas.” E6*
- *“...a Sala de Amamentação é importante por também é complicado nós não termos um sítio para tirar, sempre ajuda-nos muito”. E8*
- *“O facto de ter-mos aqui a salinha, acho que é óptimo, porque podemos dar o apoio que devemos”. E9*

Apenas uma das mães mencionou que foi acolhida na sala de extracção de leite por uma auxiliar de acção médica. Restantes não fizeram referência a este facto.

- *“Durante o dia estou aqui o dia todo e venho tirar aqui o leite (...). A primeira vez que vim cá, inclusive, veio uma auxiliar comigo. Explicou-me tudo, onde é que era, como funcionava, os horários, que podia entrar em qualquer hora”. E7*

Em termos de infra-estruturas, uma das mães sentiu necessidade de ter uma sala onde, as mães alojadas na Unidade Materna, pudessem receber as suas visitas, visto que esta unidade é restrita apenas para elas.

- ***“...ter-mos uma salinha diferente. Se quiséssemos receber ou se o meu marido quisesse vir e estarmos um bocadinho, por exemplo, quando não podemos estar lá em baixo (Unidade), por exemplo, entre as três e as quatro horas. Para não estar no corredor ou ir até lá em baixo (hall de entrada da Maternidade) porque coincide com as horas das visitas, é muita confusão, muito barulho, sei lá, ter uma salinha onde pudesse estar com o marido, a mãe”. E9***

Intervenientes no apoio

Profissional – mãe

Todas as mães sentiram-se apoiadas pela equipa da respectiva Unidade, valorizando essencialmente o contributo dos enfermeiros para amamentarem. Sentiram-se inicialmente incentivadas e estimuladas a aleitar o seu filho compreendendo todo o caminho a percorrer até amamentarem. Posteriormente referem que o apoio por parte deste grupo de profissionais foi condição essencial para amamentar.

- ***“Se calhar tinha desistido, ela (enfermeira) foi importante”. (...)“...há enfermeiros que incentivam muito mais do que outros... Aqueles que se predispõem mais ajudar, não são todos, quando ajudam estão ali ao lado e dão-nos o apoio necessário”. E2***
- ***“Os profissionais de saúde são impecáveis. Falam-nos de tudo, põem-nos à vontade para pôr-mos as nossas dúvidas”. “...acho que me apoiaram em tudo o que precisei, nas dúvidas que tinha”. “Porque depois em casa não vamos ter uma enfermeira”. “Acho que me informaram... incentivaram....acho que informaram de tudo mesmo”. E4***
- ***“Tinha ajuda da psicóloga”. E1***

Pares – mãe

O apoio das mães entre si emergiu no discurso de todas as entrevistadas, classificando-o como um interveniente no apoio à amamentação por excelência. O facto de as mães partilharem um espaço comum, a Unidade

Materna, favorece a convivência, a troca de experiências e, conseqüentemente, sentem-se apoiadas ao longo do processo de aleitamento.

As mães desta Unidade encontraram apoio nos seus pares, por terem a oportunidade de conversar, expressar as suas preocupações e ansiedades e também pelo facto de poderem comparar a sua experiência com mães que se encontram numa fase mais avançada, tendo as últimas ultrapassado momentos que outras estão a atravessar. Revela-se um apoio efectivo, em vários aspectos, e na amamentação em particular.

- *“Apanhei delas que já cá estavam há um mês... agora estou a ajudar outras porque estou cá há um mês, porque sei que as primeiras semanas são complicadas”. E1*
- *“...o facto de estar aqui com outras mães nas mesmas circunstâncias também ajuda, apoia... emocionalmente”. “...é importante estar com outras pessoas com os mesmos problemas ou outros piores. A troca de experiências é importante”. E2*
- *“Por terem mais experiência. Algumas têm mais filhos e têm mais experiências com outros filhos. Acho que foi interessante. Aprendi com elas”. E3*
- *“A gente conversa umas com as outras...como hei-de explicar?”. (...) “...eu comecei a conversar com as colegas que estavam aqui e vendo o caso delas, o meu era quase idêntico”. (...)“Estamos ali todas unidas”. E5*
- *“...é bom porque não estou sozinha, não estou sozinha com este problema. Há outras... podemos falar e cada uma tem o seu problema, tem a sua vida, já o tempo passa mais depressa (riso)”. “...tirar o leite, quando estou sozinha, só pensas em problemas, problemas.... Quando já há outras mães, já vamos falar todas... é melhor”. “...é bom porque não estou sozinha, não estou sozinha com este problema. Há outras... podemos falar e cada fala tem o seu problema...”. E6*
- *“...nós falarmos cada uma com os seus casos, acabamos por aprender muito, e ajudarmo-nos umas as outras. Acabamo-nos por apoiar umas as outras, porque uma queixava-se que não tinha muito leite e nós apoiávamos muito”. E8*
- *“...as mães estão aqui, a gente conversa disto, daquilo, das experiências que têm, como faz, aquilo que faz, qual a melhor bomba, eléctrica, manual, não manual. Pronto, fazemos troca de experiências”. E9*

Família – mãe

Várias pesquisas sustentam que o suporte familiar, principalmente do pai/companheiro e da mãe são elementos importantes no apoio à amamentação (Primo & Caetano, 1999).

No entanto neste estudo poucas mães mencionaram no seu discurso o apoio familiar para amamentar. Das nove entrevistadas, apenas duas mencionaram como intervenientes no apoio a importância do apoio do marido e da mãe, tal como no

estudo anteriormente referido considerando-os intervenientes no apoio à amamentação.

- *“...será que eu vou ter leite? Será que não? o meu marido começou-me a disser, não penses assim. Ele vinha ter comigo e eu mostrava e ele dizia, pode ser que venhas a ter mais. Não penses assim. Se pensares assim ainda é pior. E vá lá, consegui”*. E5
- *“...a minha mãe... ainda hoje esta lá em baixo e custa-me um bocadinho, porque... pronto, gostaria que ela estivesse aqui, percebe? (mímica de choro)”*. *“...porque me vai dar apoio em casa, gostava que ela estivesse mais próxima”*. E9

Aumentar a confiança

Reconhece-se inicialmente alguma falta de confiança materna na amamentação, principalmente quando a prematuridade está presente. Uma mãe que deseje amamentar facilmente perde a confiança em si mesma, devido ao internamento do seu filho, encaminhando-se para o desmame. Mais uma vez os profissionais de saúde desempenham um papel relevante na sua assistência. Assim, deve-se procurar instrumentalizar com conhecimentos actualizados e adquirir habilidades na técnica de aconselhamento, contribuindo para a satisfação de um direito fundamental de todas as crianças que é o de serem amamentadas.

Uma das habilidades para aumentar a confiança e dar apoio, segundo Bueno e Teruya (2004), é valorizar o que mãe sente e pensa, assim como elogiar o seu esforço e o que faz correcto. Estas duas mães sentiram que os profissionais desta Unidade fizeram uso dessas habilidades:

- *“...põem-nos a vontade para pôr-mos as nossas dúvidas”*. E4
- *“...tem profissionais muito bons que me puseram a vontade”*. *“Fica descansada isto é só mesmo... até estimular o teu corpo no bebé e tu vais ver que pouco a pouco vais tirando mais)”* (mãe refere frase que o enfermeiro lhe disse) *“...sempre a incentivar e não esmorecer”*. E5

Parceria de cuidados

Esta categoria expressa a participação dos pais nos cuidados, em parceria com os profissionais da UCIs, sendo primordial para a realização de um cuidar na sua totalidade. Os pais que têm filhos nas UCINs, antes de se envolverem nos cuidados, expressam ansiedades e medos. Após estes sentimentos serem ultrapassados, com o esclarecimento dos profissionais e com as suas rotinas no dia-a-dia, sentem uma segurança crescente e desejam envolver-se no cuidar. Este envolvimento é mais do que apenas a permanência na Unidade, passa também pela colaboração efectiva na satisfação de necessidades fundamentais do seu filho, como a alimentação. As mães acabam por ter uma experiência mais positiva, porque que partilham com enfermeiros a responsabilidade de cuidar do seu filho. Para além disso, referem tristeza quando não são reconhecidos como parceiros no cuidar dos seus filhos. Inicialmente, os medos que poderão surgir em relação à amamentação devem-se à inexperiência, deste modo, reconhece-se que o envolvimento nos cuidados confere alguma segurança a estas mães.

- *“...o estimular a ir lá baixo nos horários é importante...”. E1*
- *“Têm uns horários fantásticos, a mãe pode lá estar o dia praticamente todo e acho que é muito bom, muito bom”. E4*
- *“...queria acrescentar que, nunca pensei que num hospital público que houvesse assim uma equipa tão aberta na qual nós podemos participar numa etapa tão bonita das nossas vidas que é ser mãe e ser pai. Estou muito contente e agradeço muito tudo o que têm feito”. E7*
- *“Agora, cuido das três. No primeiro tempo não sabia como fazer”. E6*
- *“O facto de nós tocarmos, o facto de nós estarmos presentes em tudo, acho que nos dá mais força para continuar... neste tempo todo. Acho que nos acaba por ajudar muito...na amamentação”. E8*
- *“Agora praticamente sou eu que cuido (riso), sou eu que cuido?! Não, (riso), mas praticamente sou eu que faço as coisinhas que posso e que sei. Nesse aspecto, gosto muito de estar lá”. E9*

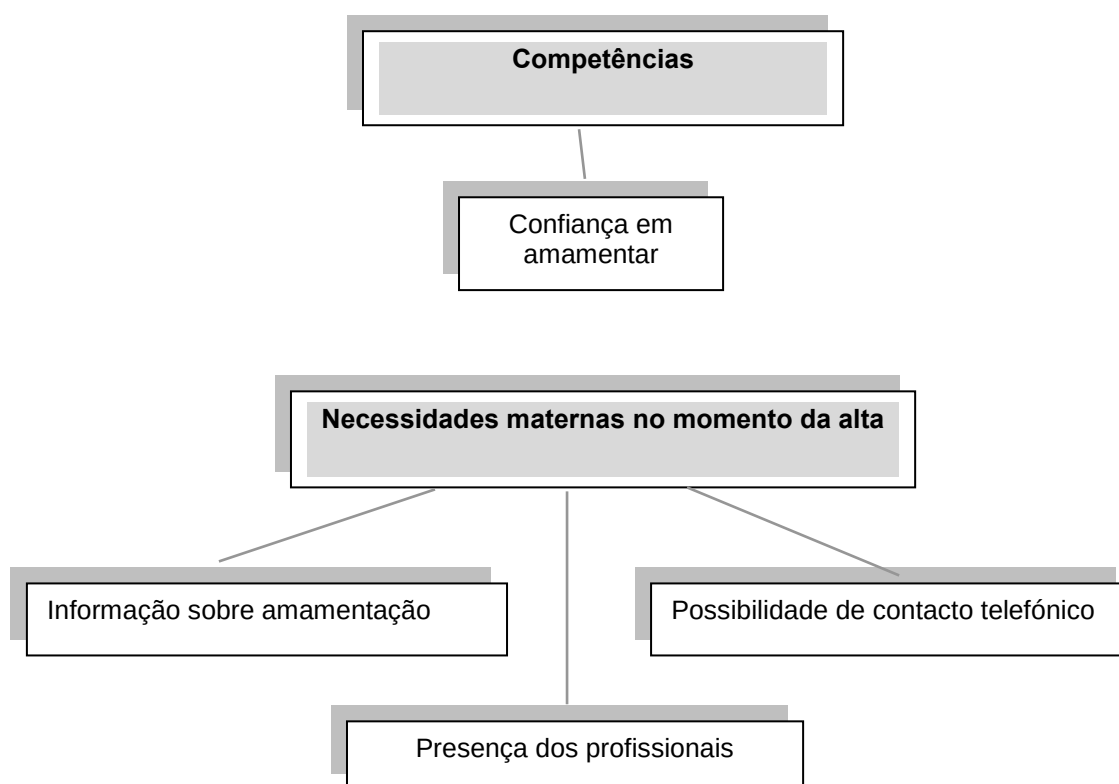
Actualmente existe consenso de que deve ser abolida qualquer prática que dificulte a entrada dos pais nestas Unidades. Sabemos que este factor pode interferir com o adequado estabelecimento e a continuidade da lactação do RNPT (Ministério da Saúde, 2002; Galvão, 2006). No entanto, reconhecemos que numa UCIN a estadia

pode ser limitada nalguns momentos do dia. Normalmente, ao longo do dia as mães podem ser forçadas a sair do pé do seu filho durante alguns momentos, como nas passagens de turno dos profissionais de saúde ou no Internamento de outros RNs, ou em procedimentos muito invasivos.

Neste estudo, apenas uma mãe referenciou que apesar de reconhecer que podia permanecer junto dos seus filhos na Unidade e cuidar deles, não gostava de ter de sair junto deles num momento do dia tão importante, como por exemplo, a hora do banho.

- ***“Só não gostava de uma coisa e agora também não gosto. Na hora da manhã... se calhar ninguém gosta, porque é quando há mais tempo para dar maminhos e dar o banho, para ver tudo, porque (...). E quando está na hora do banho, tem olhos abertos e tudo, mais giro, mais... vais embora (risos)!”. E6***

ESQUEMA 6 – Esquema representativo do 5º Tema:
Competências e necessidades maternas ao amamentar no momento da alta



As mães experienciam sentimentos, com grande intensidade, alguns deles contraditórios e ambíguos quando se aproxima o momento da alta para casa. Apesar de esperarem e ansiarem por este momento, sentem-se assustadas

revelando sinais de falta de confiança para assumir a responsabilidade total de cuidar do seu filho (Rebelo & Ramos, 1988; Delgado & Halpern, 2004). Para trás ficou um período de convivência com os profissionais de saúde e de aprendizagem, depois chega o momento de cuidar sem a presença destes.

Confiança em
amamentar

Algumas mães referiram que nesse momento perto da alta se sentem confiantes e capazes de amamentarem em casa.

- *“...nesta fase já esta a pegar bem no peito e eu sinto-me bem. Gosto muito de lhe dar. Não tenho problemas. Sinto-me bem a dar-lhe o peito, e pronto... acho que esta tudo bem”. E4*
- *“...actualmente sim, vou muito mais descansada”. E4*
- *“Eu já não tenho medo de dar banho, peito, ... não tenho medo. Eu já sei que percebo disso, posso fazer sozinha”. E6*
- *“Estou confiante...”. E8*
- *“...sinto-me confiante, sei que vou ser capaz”. E9*

Mas nem todas as mães deste estudo se sentem confiantes neste momento de pré-alta, evidenciando receios/medos nos seus discursos.

- *“Estou mais confiante agora do que... é assim, acho que a confiança não é 100% (riso), não é?”. E1*
- *“...ainda tenho um bocado de receio. (...) Eu tenho medo, depois em casa, será que estou a fazer bem? Será que não?”. E5*
- *“...enquanto nós andamos por aqui a tratar deles, por muito à vontade que possamos parecer ter, dar banho, mudar fraldas e... quando se diz amanhã vai para casa, é um medo que nos invade, que é uma coisa assustadora, mesmo”. E7*

Apesar de ser filosofia desta UCI que as mães amamentem ao peito no momento da alta, duas das mães constataram que os seus RNs, apesar de reunirem condições para serem amamentados exclusivamente ao peito, alguns profissionais descuraram esse pormenor, apoiando o aleitamento por biberão. Facto que cria nestas participante a sensação de um provável desmame precoce após a alta.

- *“Agora que me dizem que eu estou perto de ir para casa, a minha dúvida é – vou para casa vou continuar a tirar o leite com a bomba, e dar-lhe pelo biberão ou vou tomar eu a iniciativa de lhe dar ao peito? Já que não fiz aqui vou fazê-lo em casa? Não sei bem o que vai acontecer. Porque eu tenho impressão se eu for para casa e continuar a tirar, as bombas são diferentes, eu quando estou de fim-de-semana em*

casa não consigo tirar o mesmo leite. Então... as coisas penso que vão descarrilar". E2

- *Se ela bebe o suficiente, no peito nós nunca sabemos se bebe o suficiente ou não. Depois vai surgir aquela insegurança, agora vou lhe dar do outro? Não vou? Como não tenho feito isso aqui, vão ser dúvidas que vão ...essa é a grande diferença...". E2*

- *"Mesmo agora eu tenho de perguntar se posso pô-la ao peito. Acho que fazia parte deles, muito dos enfermeiros, visto que ela vai para casa, estimula-la mais ao peito". E8*

Necessidades maternas no momento da alta

O facto das mães serem uma presença constante junto dos seus filhos, faz com que as inúmeras necessidades vão sendo colmatadas. No entanto, no momento pré-alta sentem necessidade de reforço acerca daquilo que foram aprendendo, ou mesmo de maior formação sobre amamentação.

Informação sobre amamentação

De salientar o facto de que a maioria das mães participantes sentiram necessidade de receber informação sobre aleitamento, em forma de sessão de educação para a saúde, como receberam sobre outros temas. Reconhece-se que em nenhum momento do internamento, nem mesmo no momento da alta, receberam informação sobre amamentação na forma escrita e/ou esquemática.

- *"Tanto ou mais que a febre, a lavagem das mãos que em casa se calhar não vamos andar sempre com a desinfecção e com as lavagens. A amamentação se calhar era importante". E2*
- *"Eu acho que a gente tem sempre que saber sobre a amamentação". E3*
- *"...aqui ele mama de 4 em 4 horas. Eu não sei se tenho que mudar isso ou vou dar de 3 em 3 horas, pelo facto de ela estar em casa. Isso é o que eu vou querer saber".*
- *"...tenho dúvidas se eu continuo as mamadas de 4 em 4 horas ou diminui ou como é que é?". E3*

- *“Gostava que houvesse uma sessão sobre amamentação. Acho que é um aspecto... embora nos tenham ensinado tudo, acho que uma sessão nos alertava... pronto... ainda nos ensinava mais coisas”. E4*
- *“...se tivéssemos uma acção de formação sobre isso (amamentação) era sempre positivo.” (...) “Pode haver determinados pormenores que não se perguntou ou que não foram esclarecidos e que durante esse acção de formação relembre. E vemos tudo mais esquematizado para nos ajudar e visualizar ajuda...”. E9*

Relativamente ao reforço de informação no momento da alta, constatamos que algumas mães beneficiaram dos mesmos e que foram os enfermeiros que os efectuaram.

- *“Os ensinamentos para a alta são muito importantes, porque ... embora já tenham ensinado durante a estadia como tratar o bebé e amamentar o bebé... esclarecem as nossas dúvidas finais no dia em que vamos embora”. E4*
- *“...são muito importantes...”. E7*

Outras sabiam da existência deste reforço na pré-alta e, por isso, esperavam pelos mesmos, demonstrando importância e vontade em recebê-lo.

- *“Eu já tenho as minhas dúvidas todas apontadas”. E2*
- *“Quanto maior for a quantidade de informação que possamos levar para casa, maior é o descanso. E eu acho que também é muito importante a nossa tranquilidade”. E7*

Uma das mães foi entrevistada no dia que decorria os seus ensinamentos para a alta, falando do reforço dos ensinamentos feitos e dos que ainda não tinham feito, sendo a amamentação um deles.

- *“ Só falaram sobre os cuidados de higiene, do peso, em relação à amamentação não houve, ainda. Só falaram da higiene dos cuidados com as roupas, ver a temperatura”. E8*

Possibilidade de contacto telefónico

Apurou-se que estas mães não fizeram referência ao facto de poderem entrar em contacto com os profissionais da Unidade após a alta, para esclarecimento de dúvidas. Apenas uma refere ter conhecimento de que outras mães contactaram os enfermeiros depois da alta, e por isso, menciona esta possibilidade como um possível apoio nesta fase. Outra refere este

apoio e reforça a importância destes profissionais pelo facto de conhecerem melhor aspectos relativos à prematuridade.

- ***“ Ninguém disse que posso telefonar, só que tenho número de telemóvel. Eu vi que..., não me lembro quem foi... que uma mãe telefonou para cá. E eu pensei, se calhar também posso. Às vezes, quando há dúvidas, posso, não é?”. E6***
- ***“...são estes profissionais que sabem mais de prematuros, não é? Nos centros de saúde ou até alguns pediatras não tem experiência de prematuro”. E1***

Presença dos profissionais

Nesta fase, as mães sentiram receios de não serem capazes de lidar sozinhas com algumas situações que possam ocorrer e, por isso, reflectiram sobre o facto de não terem os profissionais junto delas demonstrando que seria benéfico para elas continuar a sentir o apoio dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros.

- ***“Eu queria aprender tudo com os profissionais. Eu sabia que a partir do momento que ela recebia alta que eu não iria ter esse acompanhamento em casa”. E3***
- ***“...depois em casa não vamos ter uma enfermeira”. E4***
- ***“Não ter o profissional ao pé de mim e dizer faça assim, faça assado”. E5***
- ***“Porque, uma coisa é estar ali, há qualquer dúvida, vocês estão sempre ali, não é? Outra coisa é estar em casa sozinha”. E7***

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste quarto ponto, procede-se à discussão dos resultados, consequente de uma reflexão feita a partir dos dados analisados, da fundamentação teórica e da própria reflexão, tendo suscitado a necessidade de realizar novas leituras e de referenciar outros estudos.

A abordagem fenomenológica permitiu lidar com múltiplos e complexos significados que rodeiam o mundo vivido das mães que amamentam RNPTs numa UCI.

Tendo em conta os objectivos iniciais deste estudo, podem-se enunciar as seguintes ideias conclusivas, de acordo com os cinco temas encontrados:

Da análise e interpretação dos dados, em relação ao impacto de um nascimento prematuro, as mães deste estudo evidenciaram sentimentos iniciais de choque, medo, tristeza e ansiedade, quando viram pela primeira vez o seu filho. Estes sentimentos advêm essencialmente de aspectos que impressionaram as mães como o tamanho, o aspecto frágil e a condição clínica dos seus filhos. É um momento vivido fortemente relatado em todas as entrevistas. Estas mães demonstraram não estarem preparadas para receber um filho pré-termo e muito menos para o verem numa incubadora, rodeado de equipamentos, fios, tubos e alarmes sonoros que só os profissionais entendiam. Em diferentes estudos realizados com mães de prematuros verificou-se que as mesmas demonstraram sentimentos similares aos das participantes desta investigação, quando visitavam o seu filho pela primeira vez (Padovani et al., 2004; Delgado & Harpern, 2004; Alfaya & Schermann, 2005). Ainda em relação às vivências iniciais de um nascimento prematuro, todas as participantes experienciaram a separação do seu filho com o internamento na UCI. Elas descreveram esta separação como causadora de muita ansiedade, não só pelo facto de estarem separadas dos seus filhos mas, também, por compararem a sua vivência com as de outras mães de RNs de termo, internadas ao seu lado.

Ainda dentro deste contexto, verificou-se que esses sentimentos foram amenizados ao longo do internamento e passaram a ser de outra natureza, devido ao maior envolvimento na relação com o seu filho, à própria evolução do RNPT, e com os profissionais e Unidade. Ou seja, o facto destes RNs terem internamentos

prolongados, colocou as mães perante novas vivências, novas preocupações, novos desafios, fazendo-as superar estes sentimentos iniciais, evoluindo para novas fases. Actualmente, em muitas maternidades, no caso de se prever um nascimento prematuro, a equipa de saúde favorece um contacto prévio dessa futura mãe com a Unidade. Desta forma, a grávida tem contacto com uma realidade que futuramente vai ser a sua e tem a possibilidade de estar com RNPTs, com características provavelmente idênticas ao seu, com o objectivo intencional de desfazer a imagem do bebé imaginário (Milan, 1998). Uma das mães entrevistadas referenciou esta prática, tendo visitado a Unidade antes do nascimento dos seus filhos. Daqui se depreende que os profissionais desta instituição reconhecem e preocupam-se com os sentimentos iniciais e tentam minimizá-los precocemente. Mas, tendo em conta o seu discurso, podemos constatar que para esta mãe a visita constituiu um momento de choque e não referiu qualquer vantagem em relação aos sentimentos quando visitou os seus filhos pela primeira vez. No entanto, não se tratando do objecto de estudo desta investigação, o mesmo não constituirá peso científico no presente estudo.

Antes de evidenciar a percepção materna em relação à amamentação e às dificuldades percebidas no aleitamento, (categorias do 2º tema), como resposta a primeira questão da entrevista, as mães sentiram necessidade de descrever o percurso que os seus filhos tiveram em termos alimentares até ao momento da alta. Ao longo das entrevistas foi possível constatar que, inicialmente, grande parte dos RNPTs, filhos das informantes, foram alimentados com leite artificial para prematuros porque as mães não tinham leite ou não tinham o suficiente. Posteriormente todos foram alimentados com LM. Ao descrever este percurso alimentar, também foi possível verificar que os RNPTs foram inicialmente alimentados por sonda, quer por gavagem quer por débito intermitente, percurso análogo ao que encontramos na literatura (Neiva, 2003; Tavares et al., 2003; Feferbaum et al., 2003; Nascimento & Issler, 2004). Posteriormente passaram a ser alimentados por biberão e só depois colocados à mama. Aferimos, assim, que nesta Unidade os profissionais inicialmente utilizam como parâmetro a habilidade de mamar pela tetina/biberão e só depois permitem que os prematuros iniciem a alimentação ao peito. Acreditamos que possa ser porque acham que a amamentação ao peito possa ser mais cansativa do que pela tetina. Efectivamente até à muito pouco tempo, acreditava-se que a amamentação ao peito seria mais

desgastante para um RNPT, do que por tetina. Desta forma, estes profissionais correm o risco de retardar o início da sucção directa ao peito. Por outro lado, diferentes estudos contrariaram esta constatação, como são exemplo as investigações realizadas por Meir (1988) e Meir e Mangurten (1993) citadas por Tamez e Silva (2002). Observou-se que a oxigenação durante a amamentação manteve-se estável, o mesmo não aconteceu com os bebés alimentados por tetina em que a PO₂ diminuiu de forma significativa. O padrão de sugar e deglutir durante a amamentação é mais coordenado e fisiológico (Tamez & Silva, 2002; Matheus, pinheiro & Mitre, 2004). Pensamos que cada caso é um caso e cada RNPT deve ser estudado e avaliado individualmente pelos enfermeiros e pediatras que acompanham esses RNs. E só depois optar pela forma de alimentar mais adequada naquele momento.

Verificou-se, também, que esta Unidade não utilizou a técnica de relactação ou sistema de alimentação suplementar. De acordo com diversas opiniões, o uso desta técnica beneficia o RNPT, visto que, pode ser amamentado e receber ao mesmo tempo, leite do peito extraído previamente e administrado através de um tubo fino. Assim o bebé tem a possibilidade de aprender que o peito o satisfaz e simultaneamente aumenta a produção de leite e mantém-na por mais tempo (Nascimento & Issler, 2004).

O uso de copo é outra das modalidades aconselhadas em UCIs. O uso de copo tem sido relatado desde 1948, nessa altura chamado de xícara, tornando-se mais comum nos últimos anos. Esses instrumentos correspondem a uma alternativa simples, prática, efectiva e segura, indicada na transição da alimentação por sonda gástrica para a alimentação directa ao peito e para os RNs em aleitamento natural cujas mães não se encontram o tempo todo na UCI (Neiva, 2003). Desta forma, os RNs não são alimentados por tetina e aceitaram melhor a amamentação ao peito. No entanto, o uso desta técnica não é consensual. Neiva (2003), alerta para o facto de que receber o leite somente através do copo não é fisiológico, pois a estimulação oral é menor do que por tetina, já que o RN deixa de realizar a sucção, função fundamental no amadurecimento e desenvolvimento motor-oral.

Verificamos pelos discursos maternos, que a Unidade estudada não administra leite por copo na transição da sonda gástrica até que os RNs consigam obter todo o aporte calórico directamente ao peito, (Neiva, 2003; González, 2004).

Outro dos temas emergidos ao analisar as entrevistas relaciona-se com a percepção materna sobre o AM. Deste tema, emergiram duas categorias: na primeira categoria deste tema, “importância atribuída ao AM do RNPT”, as mães pareciam ser conhecedoras da importância de alimentar os seus filhos com LM. Algumas já teriam esta consciência durante a gravidez, outras foram-na construindo para si à medida que contactavam com o aspecto frágil do seu filho, revelando-o numa forma muito importante de superar a prematuridade e as intercorrências clínicas dos longos internamentos. Outras há que tomaram consciência da importância do LM através de informações dadas pelos profissionais da Unidade e que essa valorização as influenciou e encorajou. Em suma, a totalidade das participantes demonstrou querer muito amamentar, valorizando o LM e reconheceram que os profissionais foram importante influência para essa valorização.

Outra das categorias emergentes, foram as dificuldades em amamentar o RNPT. As mães foram unânimes em reconhecer que a própria prematuridade dificultou o aleitamento e posteriormente a amamentação ao peito. Uma das participantes, faz referência à imaturidade de reflexos, forçando a sua filha a ser alimentada por sonda. A mesma também referiu e à infecção que atingiu o seu filho também dificultou esta prática.

Outra contrariedade que a prematuridade causa no aleitamento, evidenciadas pelas mães foi a dificuldade do RNPT em pegar ao peito, devido ao seu tamanho. Os estados de consciência do RNPT também foram referenciados como outra das dificuldades na alimentação destes RNs. Braselton e Cramer (1989), chamaram atenção para este facto quando afirmaram que os estados de consciência são importantes para se decidir a hora de amamentar o bebé. Isto porque a predominância dos estados de sono no RNPT interfere na manutenção do ritmo e da sustentação da força na mamada ao mesmo tempo que determina uma falha no *feedback* intencional da mãe com o seu filho. Outras dificuldades sentidas ao longo do internamento foram intrínsecas a factores maternos e às próprias rotinas da Unidade de internamento dos RNs. De entre as inúmeras dificuldades maternas encontradas na literatura (Giugliani, 2000; Levy & Bértolo, 2002; Matuhara & Naganuma, 2006a; Galvão, 2006), no presente estudo, as mães referiram as seguintes: “peito duro”, formato do mamilo, diminuição da produção de leite e o stress.

Uma das mães referiu “peito duro” e que isso tinha inicialmente dificultado a extracção de leite. No entanto, é de salientar que estava informada como devia

proceder para minimizar estes sintomas ou mesmo eliminá-los. Normalmente o ingurgitamento mamário desaparece em poucos dias e que por isso deve-se ser paciente e continuar a estimular a amamentação, prevenindo o desmame. Pelo seu relato verificamos que esta dificuldade foi transitória tal como encontramos nos diferentes estudos científicos (Giugliani, 2000; Levy & Bértolo, 2002; Galvão, 2006). Duas das participantes referiram o formato do seu mamilo como causador de dificuldade em amamentar. Está constatado que pode realmente dificultar o começo da amamentação mas, não a impede. Isto porque a sucção faz-se usando a aréola e o mamilo, e o mamilo constitui apenas 1/3 da porção da mama utilizada na mamada (Levy & Bértolo, 2008). Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos é fundamental amamentar. Os enfermeiros devem informar as mães que com o tempo e alguma paciência e perseverança a sucção do bebé ajuda a protrair os mamilos (Giugliani, 2000; Levy & Bértolo, 2008). Embora se observe o incumprimento de uma das normas da OMS, no que se refere à utilização de mamilos de silicone, uma das mães relatou que a enfermeira da Unidade a incentivou a comprar e a utilizar mamilos de silicone. Mas também foi informada pela mesma profissional que seria uma situação provisória e que com a continuação da amamentação poderia não precisar. A mãe no seu discurso não refere o porquê, acreditamos que essa profissional sabia que com a continuação da amamentação o mamilo exteriorizava-se ou porque o uso prolongado de mamilos de silicone diminui a produção de leite.

Não foi por acaso que algumas mães referiram a diminuição da produção de leite. Esta dificuldade deve-se a um reflexo de ejeção insatisfatório. Relembrando, a produção de ocitocina ocorre aquando da sucção do mamilo e da aréola, causando a contracção das células miopetileais e posteriormente a ejeção do leite para o mamilo. Esta hormona essencial para o aleitamento pode ser inibida pelo *stress*, medo e ansiedade materna. E estes sentimentos estão sempre muito presentes quando o bebé se encontra internado (Giugliani, 2000; Levy & Bértolo, 2008). Várias participantes referenciaram que o *stress* as afectou na produção de leite e consequentemente a amamentação. E outras para além de o referenciarem, mencionaram o facto de os enfermeiros alertarem para o malefício do *stress* na produção de leite, incentivando-as a descansar e controlar o *stress*.

Em relação às dificuldades inerentes às rotinas da própria Unidade, uma das entrevistadas referiu que necessitava de maior apoio por parte dos enfermeiros da Unidade. Para além de sentir que o apoio foi insuficiente, encontrou posturas

diferentes, opiniões díspares e incoerências nos ensinamentos por parte dos profissionais de saúde, como no estudo realizado por Serra e Scochi, em 2004. Esta realidade constituiu para ela um elemento negativo na amamentação do seu filho. Desta forma, constata-se que para esta mãe as acções relacionadas com o AM não estão sistematizadas, ficando à mercê das características pessoais do profissional, ocorrendo posturas diferentes, provavelmente por necessitarem de uma fundamentação científica mais actualizada. Foram encontradas diferentes investigações referenciadas por Matuhara e Naganuma (2006b), em que mães de RNPTs foram incentivadas e apoiadas a amamentar através de ensinamentos, manuais sistematizados e protocolos, alcançando grande melhoria no índice de amamentação. Acredita-se desta forma, ser imperativo que as Unidades disponham de uma norma escrita dirigida ao incentivo e apoio à amamentação com vista à sua promoção.

Para outra das mães, o rácio enfermeiro/doente era insuficiente, referindo que no berçário, por vezes, estava apenas um enfermeiro distribuído para seis RNs/mães, não permitindo, por isso, apoiá-los devidamente no processo de amamentação. Reconhecemos que a maior parte das dificuldades à prática de amamentar referenciadas neste estudo, são passíveis de modificação e intervenção directa do enfermeiro.

O terceiro tema que irrompeu deste estudo foram os incentivos que as mães receberam para iniciar e manter o AM. O que se apreendeu da análise deste tema é que a maioria das mães foram incentivadas para iniciar o AM. As mães destes RNs foram na sua maioria incentivadas a extrair leite precocemente através de uma bomba eléctrica, quer pelos enfermeiros da Unidade, quer pelos enfermeiros dos internamentos onde se encontravam internadas após o parto. Verificamos que, logo que possível, foram motivadas para extrair leite nas 48 horas após o nascimento, aspecto importante para a manutenção de uma produção láctea eficaz (Nascimento & Issler, 2004). No entanto, duas das participantes referiram que tomaram a iniciativa de extrair o leite sem que primeiro fossem incentivados pelos profissionais. Outro dos incentivos para manter a produção de leite, refere-se ao facto dos enfermeiros estimularem as mães a extrair o LM de três em três horas aproximadamente, de acordo com as recomendações científicas, das quais destacamos os autores Tamez e Silva (2002); e também de acordo com os horários da refeição dos RNPTs, prescritos pela equipa médica desta Unidade, quando ainda se encontravam a ser alimentados por sonda. Dos diversos discursos sobre este

incentivo verificou-se que todas, unanimemente referiram a mesma frequência para extrair leite.

Apurou-se que para algumas participantes, os enfermeiros exploravam a capacidade e estabeleciam estímulos precoces de sucção quando colocavam o RN ao peito, estímulo esse tão necessário para a produção e manutenção láctea (Neiva, 2003; Feferbaum et al., 2003; Nascimento & Issler, 2004). Na perspectiva de Neiva (2003), após a estabilidade clínica, e quando já não necessita de suporte ventilatório, o RNPT pode realizar sucção não nutritiva no peito da sua mãe. Tanto é benéfico pela aceleração do reflexo da sucção, como na formação vínculo mãe-filho como, também, estimula uma maior produção de leite na sua mãe.

O método canguru, também designado por “contacto pele a pele” foi idealizado e implementado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1978, no instituto materno-infantil de Bogotá, Colômbia e denominado “mãe canguru” (Costa & Diniz, 2003; Venâncio & Almeida, 2004). Foi apelidado com este nome, devido a imagem dos marsupiais que geralmente têm os filhos muito cedo e incubam-nos na sua bolsa, em contacto com a sua pele. Inicialmente era destinado a dar alta precoce para RNs de baixo peso, para fazer face a situações críticas como a falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno. Posteriormente em meados da década de 90, um grupo de investigadores e profissionais de saúde de diversos países, com experiência em utilizar o Método Canguru, reuniram em Itália, mais precisamente em Trieste, para discutir a efectividade, segurança, aplicabilidade e aceitabilidade desse tipo de atenção aos RNs de baixo peso e/ou pré-termos em diferentes localidades. Desta forma, puderam concluir que este método tinha potencial para melhorar a saúde e a sobrevivência destes bebés, não só para fazer face nos locais onde os recursos são limitados mas também, em locais onde se dispõe de tecnologia (Costa & Diniz, 2003; Venâncio & Almeida, 2004)

Ludington-hoe e Golant (1993), chegaram à conclusão que os benefícios para o RN são inúmeros desde: ritmo cardíaco e respiratório mais estável, melhores saturações de oxigénio, previne o stress pelo frio pela sintonia térmica sentida, facilita aumento de peso mais rápido e períodos de sono mais longos, reduz a actividade descoordenada que leva a grandes consumos de energia, diminui os períodos de choro, os períodos de alerta são mais e maiores, proporciona vinculação precoce, diminui os dias de internamento e diminui as manifestações de stress e dor.

Em relação à mãe, o contacto pele a pele estimula o seu organismo e facilita a libertação de ocitocina, que por sua vez interfere positivamente no humor e no seu comportamento (Venâncio & Almeida, 2004). Para além dos benefícios psicoafectivos e neurosensoriais, o método canguru beneficia o AM também pelo mesmo motivo. Estudos realizados em Unidades de cuidados a RNPTs comprovaram que as mães que praticam o método canguru apresentam um volume diário de produção de leite maior, quando comparadas com grupos de mães que não praticaram esse método. Observou-se também que as mães que não fizeram uso do método abandonaram mais facilmente a amamentação. Isto deve-se à proximidade destes com as suas mães, com os seus movimentos e com o seu cheiro, o que contribui para estimular a produção de ocitocina e consequentemente a quantidade de leite (Venâncio & Almeida, 2004).

Ao que parece, na Unidade investigada, este método foi efectivado, pois a maior parte dos RNPTs filhos das participantes puderam beneficiar do mesmo. É o que demonstram os discursos das mães ao reconhecê-lo como um método capaz de estimular a procura e a pega precoce pelo RN e concomitantemente aumentar a produção de leite, tal como já foi demonstrado nos estudos de Venâncio e Almeida (2004) e nos de: Whitelaw et al., (1988) e Xavier et al., (1991).

Duas das participantes deste estudo referiram benefícios psicoafectivos desta prática, deixando-as mais calmas, menos ansiosas definindo este método como uma prática muito prazerosa e importante no estabelecimento de vínculo mãe-filho. Vínculo este, também muito importante para a manutenção do AM. Venâncio e Almeida (2004), referenciam um estudo de 1989 realizado por Affonso, Wahlberg e Persson (1989), em que observaram uma tendência de maior estabilidade emocional nas mães que utilizaram este método, comparadas com o grupo de controlo. Para além da estabilidade emocional, foram descritos sentimentos de maior confiança e competência para lidar com situações stressantes vividas nas UCI, em comparação com as mães dos bebés que não beneficiaram do método canguru (Venâncio & Almeida, 2004).

Outra das categorias emergentes que incentiva o iniciar do aleitamento foram as informações sobre LM, especialmente as vantagens deste para o RNPT.

O LM é considerado o alimento ideal para o RN, particularmente para o RNPT devido às suas inúmeras vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas e económicas, especialmente para os RNPTs (Nascimento & Issler, 2004; Matuhara & Naganuma, 2006a; Calil & Falcão, 2003; IMeN, 2006). As mães pareciam conhecer

que as infecções eram um problema muito comum nestas Unidades e que os próprios profissionais de saúde as alertavam para isso mesmo; em contra partida os profissionais de saúde também as informavam que podiam “imunizar” o seu bebé através do seu leite para minimizar ou até evitar que os seus filhos se infectassem. Desta forma verbalizaram nos seus discursos as vantagens imunológicas do LM.

Uma das participantes referiu benefícios em termos de desenvolvimento e inteligência, benefícios estes, confirmados através de estudos, entre os quais destacamos os de Aguilar Cordero (2005), e da literatura sobre os benefícios do LM. Para esta mãe o facto de poder dar do seu leite influenciaria o desenvolvimento e aumentava a inteligência do seu filho. De fundamental importância são os benefícios para as mães que amamentam. Uma das participantes evidencia o facto do seu útero poder voltar ao tamanho inicial mais rápido, assim como o seu peso. Outras das participantes refere que alimentar ao peito é muito mais prático para as mães, pelo facto de não necessitarem de biberões, nem de esterilizadores, nem mesmo de aquecerem o leite.

Uma das mães entrevistadas foi informada pelos enfermeiros da Unidade que o seu leite era específico para o seu filho prematuro. Apesar de não saber, esta mãe aprendeu que a composição do seu leite era diferente das mães de RNs de termo, aprendeu que produzia um leite mais específico e adequado às necessidades do seu filho (Tavares et al., 2003; Nascimento & Issler, 2004)

O quarto tema deste estudo refere-se aos apoios que as mães receberam para amamentar. Na perspectiva de Bueno e Teruya (2004), no puerpério imediato e nos primeiros dias pós-parto, a habilidade mais importante é a ajuda prática que os profissionais implementam junto das mães. Como ajuda prática, as mães deste estudo verbalizaram que os enfermeiros posicionavam o RN ao peito, observavam a mamada e apoiavam com o fornecimento de material necessário para a extracção do leite.

O posicionamento é importante para a transferência efectiva do leite para o RN e para prevenir a dor e problemas mamários (Matuhara & Naganuma, 2006a; Galvão, 2006). Por isso, é indispensável que a mãe seja orientada a posicionar o seu filho à mama. Neste estudo, a maioria das participantes referiram que foram apoiadas pelos enfermeiros no posicionamento do RN à mama. Referiram também que estes profissionais mantinham-se junto delas demonstrando apoio integral e disponibilidade total ao longo da mamada. No caso de nascimentos de gémeos, uma das mães referiu que os enfermeiros apoiaram-na no posicionamento destes em

simultâneo. No caso da outra mãe de gémeos, esta realidade de posicionar em simultâneo os seus filhos não foi incitada. No entanto, foi motivada para amamentar os seus gémeos ao peito alternadamente.

Muitos problemas podem ser prevenidos se houver um acompanhamento próximo e eficaz de vigilância nas mamadas (Giugliani, 2000). As mães também se sentiram apoiadas pelos enfermeiros durante as mamadas. Referiram que estes se mantiveram sempre perto, demonstrando disponibilidade integral e, para além disso, ajudaram a mãe a ter um olhar crítico sobre a mesma, incentivando-as a reconhecer como seria mamar correctamente.

Disponibilizar materiais para recolha de leite é essencial e faz parte da ajuda prática que qualquer instituição deve oferecer à mãe que necessita deste tipo de materiais. Através da análise das entrevistas, podemos compreender que as mães, participantes neste estudo evidenciaram apoio pelo facto de terem materiais à sua disponibilidade para a recolha de leite.

Devido à prematuridade, a necessidade de armazenamento e conservação do LM é uma das soluções encontradas pelas Unidades Neonatais (Moleiro et al., 2004). Compete aos profissionais de saúde informar as mães desta possibilidade e informá-las sobre a melhor forma de armazenar e conservar o seu leite. Ficou demonstrado que uma das preocupações dos enfermeiros desta Unidade foi a de informarem as mães da possibilidade de conservar o LM e a melhor forma de o fazerem. Para isso, ensinaram as mães a identificar os biberões com o seu nome e o do bebé, a colocarem a hora e data de extracção, bem como o prazo de validade do seu leite, de acordo com o protocolo instituído pela equipa. Explicaram igualmente a forma de transportar o leite (caso fossem a casa) e a melhor forma de congelar e descongelar o mesmo. Desta maneira, entende-se que os enfermeiros ofereceram a estas mães a possibilidade de alimentar os seus filhos com o seu leite, em qualquer circunstância. Para além disso, incutiram a responsabilidade de cuidar do seu leite para poderem oferecê-lo nas melhores condições aos seus filhos quando estes ainda não podiam ser amamentados. Implicitamente, podemos constatar que os profissionais quiseram que estas mães adquirissem um papel activo no projecto de cuidar e contribuir para melhorar o estado de saúde dos seus filhos.

O leite é expelido dos alvéolos internos para os ductos. A ocitocina, hormona produzida pela hipófise, também chamada de “hormona do amor” promove e facilita esta descida (Issler, 2003). Mas a sua libertação depende em muito do estado de espírito da mãe. Se ela sentir medo, receio, preocupação ou ansiedade, pode inibir o

reflexo de ejeção ou descida do leite, comprometendo o AM (Levy & Bértolo, 2008; Issler, 2003; Levy, 2005). Verificou-se que duas das participantes puderam beneficiar e usar o *spray* nasal de ocitocina para facilitar a ejeção do leite, identificando como um apoio ao AM.

Outra das categorias relativamente aos apoios que as mães receberam para amamentar RNPTs nesta Unidade, relaciona-se com as informações sobre AM transmitidas pelos profissionais

Verificou-se que os enfermeiros tiveram o cuidado de informar as mães sobre os sinais de pega correcta, para que estas os reconhecessem, tornando mais fácil a amamentação. Dentro dos quais, as mães salientaram os seguintes: o lábio inferior virado para fora, a boca bem aberta para não mamar apenas no mamilo, a visualização da bochecha do bebé e o posicionamento confortável da mãe. Sinais estes que se encontram de acordo com as bases teóricas (Levy & Bértolo, 2008; Galvão, 2006). Estas informações permitiram às mães ter um olhar crítico sobre a mamada e a estarem despertas em relação a tudo o que a envolve.

Uma das dificuldades relatadas pelas mães deste estudo, relaciona-se com o facto de não saberem a quantidade de leite que o bebé ingere ao peito e se essa ingestão é suficiente ou não para o bebé aumentar de peso. Apesar de sentirem esta preocupação foram informadas pelos enfermeiros a reconhecer alguns sinais que as ajudavam a desvanecer estas preocupações, como a avaliação do peso, as micções frequentes ao longo do dia e o tempo entre as mamadas. Desta forma era possível reconhecer sinais de que o seu filho mamava o suficiente.

Para que as instituições possam promover o AM e para que este tenha sucesso, são necessários vários tipos de apoio logístico, sem os quais, não seria possível estabelecerem esta prática. Das entrevistas pode-se constatar que esta Unidade disponibilizou vários tipos de apoio logístico, como: material para extracção de leite, alimentação e alojamento materno e uma sala específica para a extracção de leite.

Esta instituição assegurou uma dieta nutritiva e hídrica diária para atender as necessidades das mães que se encontravam a amamentar os seus filhos. Para além deste aspecto, o facto de disponibilizar a refeição na própria instituição, perto do local de internamento do RN, permite-lhes ganhar tempo tanto para extrair o leite, como para alimentar o bebé. É o que nos demonstram as mães através dos perfis constitutivos. Apuramos também que a maioria das participantes estiveram alojadas na Unidade Materna e que essa estadia beneficiou o AM dos seus filhos. Referiram, assim, o alojamento na Unidade Materna como um importante apoio logístico desta

instituição. Todas as mães entrevistadas usufruíram da sala de extracção de leite, apelidada por elas de “Sala de Amamentação”. Referiram-na como um importante apoio logístico para poderem alimentar os seus filhos durante o internamento.

Todas as mães sentiram-se apoiadas pela equipa da respectiva Unidade, valorizando essencialmente o contributo dos enfermeiros para amamentarem. Sentiram-se inicialmente incentivadas e estimuladas a aleitar os seus filhos, compreendendo todo o caminho a percorrer até amamentarem directamente ao peito. Posteriormente, referem que o apoio por parte deste grupo de profissionais foi condição essencial para amamentar. Outros profissionais foram mencionados como importantes intervenientes na promoção desta prática, como sendo: os pediatras, a psicóloga e as auxiliares de acção médica.

O apoio das mães entre si emergiu no discurso de todas as mães entrevistadas, classificando o apoio destes pares como um interveniente no apoio à amamentação por excelência. O facto de as mães partilharem um espaço comum, a Unidade materna, favorece a convivência, a troca de experiências e consequentemente sentem-se apoiadas ao longo do processo de aleitamento. As mães desta unidade encontraram apoio nos seus pares tendo oportunidade de conversar, expressar as suas preocupações e ansiedades e também pelo facto de poderem comparar a sua experiência com mães que se encontravam numa fase mais adiantada e que já passaram pelas mesmas ansiedades. Poucas mães mencionaram no seu discurso o apoio familiar para amamentar. Das nove entrevistadas, apenas duas mencionaram como intervenientes no apoio, o marido e a mãe, considerando-os também intervenientes no apoio à amamentação.

Para a manutenção da amamentação, uma mãe necessita de receber “apoio e ajuda centrada nas dificuldades específicas ou nas suas crises de autoconfiança” (Bueno & Teruya, 2004, p.129). Uma das habilidades para aumentar a confiança e dar apoio, é valorizar o que a mãe sente e pensa, assim como elogiar o seu esforço e o que faz correcto (Giugliani, 2000; Bueno & Teruya, 2004). As mães estudadas sentiram que os profissionais desta unidade fizeram uso dessas habilidades, aumentando-lhes a confiança. Dos discursos ficou subentendido a habilidade dos profissionais em ouvirem as mães, de as colocar à vontade para comunicarem a sua experiência, as suas dúvidas, medos e crenças. Para além destas, as mães foram estimuladas a ultrapassar obstáculos e a olhar para eles com naturalidade.

O nascimento prematuro de uma criança gera sentimentos de culpa, frustração e incapacidade na mãe, que podem ser amenizados à medida que se tornam

responsáveis por alguns cuidados ao RN, tais como, alimentá-lo com o seu próprio leite. A mãe sente-se importante no processo de recuperação da saúde do RN, sentindo-se parte da equipa que cuida do seu filho, recuperando a auto-estima, autonomia e segurança. Reconhecendo estes factos, Anne Casey no ano de 1988 desenvolveu um modelo de parceria de cuidados, inicialmente adoptado na prestação de cuidados pediátricos e, posteriormente, adoptado também nas UCIs ao RN (Ferreira & Costa, sd). A promulgação do Decreto Lei n.º 26/87 de 13 de Janeiro, fundamentado na Lei 21/81 de 19 de Agosto, contempla o direito dos pais de bebés internados nas UCIN a frequentarem e a tornarem-se prestadores de cuidados aos seus filhos, estabelecendo uma relação de parceria com os enfermeiros (Reis & Santos, 1996).

Este modelo constituiu categoria neste estudo. Apurou-se que as mães, apesar de estarem separadas fisicamente dos seus filhos, puderam visitar e permanecer na referida Unidade, valorizando este tipo de apoio. Apenas uma mãe referenciou que apesar de reconhecer que podia permanecer junto dos seus filhos e cuidar deles, não gostava de ter de sair junto deles num momento do dia tão importante como a hora do banho. Reconhecemos que em UCNs, a estadia pode ser limitada em alguns momentos, já anteriormente referenciados.

O quinto e último tema que emergiu da análise das entrevistas foram as competências e necessidades maternas no momento da alta.

A literatura e também os estudos consultados demonstraram que as mães de RNPT experimentaram sentimentos com grande intensidade, alguns deles contraditórios e ambíguos quando se aproximava o momento da alta para casa. Apesar de esperarem muito por este momento, sentiram-se assustadas revelando sinais de falta de confiança para assumir a responsabilidade total de cuidar do seu filho (Rebelo & Ramos, 1988; Delgado & Halpern, 2004). Neste estudo, também verificamos percepções similares, mas não em todas as participantes. Parte das mães narraram sentimentos de autoconfiança e de competência para alimentar o seu filho ao peito e de cuidarem do mesmo, sem necessidade de ajuda. Mas, nem todas as mães se sentiam confiantes no momento da alta. Algumas referiram medo, receio, falta de confiança ao ir para casa. Inclusive, uma das participantes referiu que o seu filho, apesar de reunir condições para ser amamentado exclusivamente ao peito, pelo facto de os enfermeiros encorajarem o aleitamento por biberão, criou nesta mãe a sensação de um provável desmame precoce após a alta. Outra das

participantes, mencionou que gostaria que os enfermeiros estimulassem mais a ida ao peito e que não fosse ela a ter a iniciativa.

Pelo facto de algumas das participantes, no momento da alta, referirem sentimentos de insegurança e falta de confiança, podemos concluir que os apoios e os incentivos no que respeita à amamentação, nem sempre foram ao encontro do pretendido, criando o sentimento de alguma incapacidade ou mesmo o sentimento de incompetência para amamentar em casa.

Ainda com o mesmo propósito, referimos que as mães sentiram necessidades neste momento pré-alta, constituindo categoria neste estudo. Pelos seus discursos verificamos que sentiram necessidade de maior formação sobre aspectos inerentes à prática de amamentar em forma de sessão de educação para saúde, como receberam sobre outros temas. Denota-se que durante o internamento e particularmente no momento da alta, estas nove mães não referiram ter recebido informação sobre amamentação na forma escrita, constituindo uma falta desta Unidade. Tendo o mesmo acontecido no estudo de Galvão (2005), em que a maioria das mães dos RNs estudadas não recebeu informação escrita em nenhum momento do internamento

Apurou-se, também, que estas mães não fazem referência ao facto de poderem entrar em contacto telefónico com os profissionais da Unidade após a alta, para esclarecimento de dúvidas. Apenas uma refere ter conhecimento que outras mães recorreram ao apoio dos enfermeiros, e por isso, menciona-o como possível apoio nesta fase. Outra refere este apoio e reforça a importância destes profissionais pelo facto de conhecerem melhor os aspectos relativos à prematuridade.

Nesta fase, as mães sentiram receios de não serem capazes de lidar sozinhas com algumas situações que possam ocorrer e, por isso, reflectiram sobre o facto de não terem os profissionais junto delas. Desta forma, podemos referir que não foram desenvolvidas algumas medidas que ajudariam e suportariam a manutenção da amamentação após a alta para o domicílio, não indo de encontro às necessidades das mães neste estudo. Concordamos com Nascimento e Issler (2004), quando referem que o seguimento individualizado do RNPT após a alta hospitalar é fundamental para a manutenção da amamentação no domicílio. Segundo estes dois autores, as mães/RNs necessitam de atenção especializada e individualizada, principalmente na primeira semana pós-alta. Para viabilizar o trabalho de promoção, protecção e apoio ao AM em prematuros, os profissionais dos centro de saúde devem estar igualmente preparados para continuar o AM. Deve existir uma parceria

entre estes profissionais neonatais, em que estes integram o outro e lhe passa o testemunho. Um exemplo desta parceria em Portugal é o projecto do Hospital Pedro Hispano com as visitas domiciliárias. Com este projecto das visitas domiciliárias aos bebés prematuros, este hospital obteve um título de distinção a nível nacional com a atribuição do primeiro lugar dos prémios “*Hospital do Futuro*”.

Em suma, podemos referir que os incentivos e apoios desta unidade não foram na totalidade ao encontro das necessidades maternas essencialmente no momento da alta, tal como na categoria anterior

5. PRINCIPAIS CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES

Quando se iniciou este caminho, era nosso propósito conhecer o incentivo e apoio que as mães receberam para amamentar os seus filhos RNPTs na UCIRN da MDM e se esse incentivo e apoio foi ao encontro do pretendido por elas. Foi igualmente nosso propósito conhecer a experiência de amamentar dessas mães. Estes objectivos foram delineados para otimizar a promoção do AM na UCIRN, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, a qualidade de vida do RN e a qualidade da interacção mãe/bebé.

Consideramos que o carácter deste estudo foi garantido pelo uso do método fenomenológico de investigação e que sua utilização teve sempre em linha de conta a questão da indutividade da pesquisa, vindo a verificar-se completamente adequado ao que pretendíamos estudar. No entanto, temos noção que também poderíamos enveredar por outros caminhos metodológicos.

Neste tipo de metodologia existem investigadores que defendem que não se deve iniciar os estudos com uma revisão exaustiva da literatura, outros defendem que não deveria ser feita nenhuma revisão da literatura. Outros ainda, aceitam que uma revisão da literatura ajuda a focalizar o estudo (Streubert & Carpenter, 2002). Na nossa perspectiva sentimos necessidade de fazer um balanço do que existe escrito em relação ao domínio pretendido e auxiliamo-nos dessa revisão para a compreensão do contexto de pesquisa. Por isso, inicialmente foi elaborada uma fundamentação teórica sucinta mas pertinente, que apenas introduziu a temática, e clarificou o conceito de amamentar RNPTs numa UCI.

A segunda parte deste trabalho, estudo empírico, delimitou o problema, justificou a sua escolha e referenciou a finalidade do estudo. Apresentou e caracterizou os participantes, assim como, contextualizou e descreveu o espaço, abordando o histórico e a origem do mesmo. Descreveu também, o instrumento utilizado para colher os dados e apresentou a análise e interpretação dos mesmos, à luz da Fenomenologia, respeitando e fazendo alusão aos aspectos formais e éticos. Consideramos que a descrição das experiências vividas, ilustrada com citações extraídas das entrevistas, demonstrou facilmente as vivências das participantes.

Para além disso, constatamos que os depoimentos que conseguimos foram significativos e livres de desvios por parte das informantes, verdadeiros depoimentos sentidos e vividos comprovando que o uso da metodologia indutiva nos estudos de enfermagem é de extrema importância na actualidade, já que nos permite uma reflexão e uma compreensão do Homem no seu todo.

Relembramos aos interessados por esta temática que devem ter algum cuidado no que diz respeito a fazer generalizações. Não sendo este o objectivo deste tipo de abordagem, consideramos que as mães participantes não representam o mundo das UCIs e os significados encontrados apenas dizem respeito ao seu contexto. Para além disso, as necessidades das mães no que concerne a amamentar numa UCI, varia de mãe para mãe de acordo com a sua singularidade e individualidade. No entanto, os resultados podem ser uma mais valia para unidades similares.

Ao consultar este estudo, o leitor tem acesso a uma documentação abrangente, bem como a uma descrição do fenómeno, podendo ter acesso a frases significativas a partir das quais foram elaborados os temas, categorias e também subcategorias.

Da análise de dados transpuseram-se cinco grandes temas da abordagem do fenómeno: impacto de um nascimento prematuro; percepção materna sobre AM; incentivos que as mães recebem para poderem iniciar e manter o AM; apoios que as mães recebem para amamentar e competências e necessidades maternas para amamentar no momento da alta.

Em relação ao primeiro tema – impacto de um nascimento prematuro, verificou-se que as mães participantes deste estudo evidenciaram sentimentos iniciais de medo, choque, tristeza e ansiedade relacionada com a separação do filho.

Do segundo tema – percepção materna sobre AM, emergiram duas categorias. Em relação à *importância do aleitamento para o RN*, as mães são unânimes em salientar os benefícios desta prática. Também afirmaram que os profissionais de saúde evidenciaram a importância do LM e que essa percepção as influenciou e ajudou a nutrir os seus filhos com o seu próprio leite. As participantes reconheceram *dificuldades no aleitamento*, intrínsecas à própria prematuridade, a elas próprias e às decorrentes das rotinas da Unidade.

Como terceiro tema – Incentivos que as mães receberam para poderem iniciar e manter o AM, as mães referiram que para *estimular a produção láctea*, os enfermeiros incentivavam a extracção precoce de leite, respeitando uma frequência de extracção. Para além deste incentivo fundamental para iniciar e manter a produção, puderam beneficiar do método canguru e da colocação do RN ao peito,

mesmo antes de este reunir condições fisiológicas para tal. Outra categoria encontrada na abordagem deste tema refere-se à *informação que os profissionais transmitiam* em relação às vantagens do LM. Podemos reconhecer que os profissionais de saúde referenciaram vantagens e que as mães através dos seus discursos, evidenciaram sobretudo as imunológicas, os benefícios intelectuais e os benefícios que a amamentação traz para elas próprias.

Do quarto tema – *Apoios que as mães receberam para amamentar*, como *ajuda prática*, primeira categoria deste tema, as mães verbalizaram que os enfermeiros posicionavam o RNPT à mama, observavam a mamada, apoiavam com o fornecimento de material necessário para a extracção, conservação e armazenamento do LM e forneciam também a terapêutica ocitocina. Em relação à *informação relevante sobre a amamentação*, as mães referiram que os enfermeiros informaram-nas sobre como reconhecer sinais de uma pega correcta e como reconhecer sinais que transmitissem se o RNPT mamava o suficiente. As mães mencionaram o fornecimento de materiais para a extracção de leite, alimentação e alojamento gratuito e a sala de extracção de leite como os *apoios logísticos* desta instituição. Podemos constatar pelos seus discursos, que ao longo do internamento sentiram-se apoiadas por vários intervenientes, desde o apoio profissional, dos quais salientamos o apoio dos enfermeiros como o principal interveniente nesta prática, o apoio de mãe para mãe e também da própria família. Também constituiu categoria deste tema o *aumento de confiança* e a *parceria de cuidados*. Em relação ao aumento de confiança, as mães revelaram que os enfermeiros fizeram uso de habilidades na técnica de aconselhamento, como: incentivar, apoiar, saber ouvir, minimizar dificuldades, desenvolver confiança, ajudar as mães a serem pró-activas, entre outras. A parceria de cuidados constituiu para as participantes uma forma de apoio na amamentação, essencialmente pela proximidade com o bebé e pelo facto de poderem cuidar em parceria com a equipa de enfermagem.

Constituiu como último tema – *Competências e necessidades maternas ao amamentar no momento da alta*, de onde emergiram duas categorias: *competências e necessidades maternas no momento da alta*. Nem todas as participantes se sentiram confiantes para amamentar em casa. Como necessidades maternas no momento da alta, as participantes referiram necessidade de receber mais informação sobre a amamentação, necessidade de apoio telefónico por parte dos profissionais desta unidade e que gostariam de ter sempre os profissionais próximos.

Após a apresentação destes resultados, constatamos que nesta Unidade algum caminho foi percorrido por estes profissionais no que concerne ao incentivo e apoio à amamentação a mães de RNPT. No entanto, também podemos constatar que é uma área onde ainda muito se pode fazer no domínio de enfermagem. Pelo sentimento de insegurança, falta de confiança e pelas necessidades sentidas no momento próximo da alta, pode-se afirmar que a Unidade em epígrafe precisa melhorar e implementar novos aspectos relacionados com o AM.

Expostos os resultados, gostaríamos de sugerir, em primeiro lugar, a implementação de um manual de AM com o intuito de uniformizar a informação e os procedimentos dos profissionais de saúde da UCIRN e de seguida, iniciar formação em serviço de acordo com o manual.

Também consideramos oportuno considerar outras práticas de incentivo e apoio utilizadas noutras unidades, já comprovadas como benéficas na promoção do AM. Entre elas destacamos viabilizar o início mais precoce possível à mama e permitir às mães a técnica de relactação. No entanto consideramos ser necessário a discussão dessas práticas com um maior envolvimento e conhecimento do benefício das mesmas e com a implementação de protocolos assistenciais.

Seria importante informá-las que após a alta, a equipa se encontra à sua disposição via telefone. Para além disso, sugerimos que também devem ser informadas de outras associações ou grupos de apoio à amamentação em Portugal, como contactos telefónicos e sites na Internet.

Outra sugestão passa por fornecer aos pais informação escrita sobre a alimentação dos seus filhos, utilizando uma linguagem acessível, clara e pertinente de acordo com o descrito oralmente pelos profissionais de saúde. Outra sugestão seria a de dinamizar a sala de amamentação com informação sobre o AM, como por exemplo a utilização de panfletos, poster, que permitisse uma melhor compreensão deste fenómeno. Também seria benéfico activar sessões de educação sobre AM, inseridas no projecto multimédia e apresentadas com periodicidade já estabelecida.

Ainda de acordo com os achados decorrentes das falas das mães, consideramos importante implementar o acolhimento na unidade materna e sala de amamentação com acompanhamento de enfermeiro responsável pela díade. Ainda durante a integração das mães na sala de extracção de leite, sugerimos algum tempo para ensinamentos relacionados com o melhor uso dos equipamentos de extracção de leite e esclarecimento de dúvidas relacionadas com a técnica.

Seria benéfico para as mães de RNPTs internados na Unidade, implementar uma visita domiciliária após a alta clínica por um elemento da equipa de enfermagem da referida unidade, acompanhada por um elemento de enfermagem do centro de saúde da mãe/ bebé, de forma a dar continuidade aos cuidados.

Embora as mães não tivessem referido falta de apoio logístico, enquanto enfermeira da Unidade e conhecendo o imprevisto com materiais inadequados para posicionar a mãe e o bebé quando amamentam, consideramos oportuno sugerir a compra de acessórios, como por exemplo, cadeiras mais confortáveis, apoio elevatório para os pés e almofadas em forma de lua, já existentes no mercado, de forma a proporcionar uma postura correcta durante a amamentação.

Dado a relevância do papel do enfermeiro e no quanto ele pode fazer para ajudar estas mães, entendemos que este fenómeno força a realização de outros estudos complementares a este, no sentido de poder desenvolver a prática baseada em evidências. Parece-nos pertinente, por exemplo, um outro estudo similar onde a investigação se dirija para os enfermeiros como participantes. Também seria interessante um estudo relacionado com a compreensão de aspectos afectivos e relacionais da díade mãe-filho, aspectos estes que interferem neste fenómeno e que não foram aprofundados neste estudo e que entendemos que possam enriquecer e complementar esta temática.

Antes de iniciarmos este estudo, tínhamos a noção de que poderíamos encontrar algumas dificuldades e/ou limitações. Realmente essas surgiram ao longo da realização do mesmo, quer de ordem pessoal, burocrática e também de carácter metodológico:

- A demora na aceitação do pedido que por esse motivo desencadeou um atraso significativo na investigação;
- O tempo que requer este tipo de estudo;
- Apesar das entrevistas informais, o processo de condução da entrevista foi difícil pela obtenção de algumas respostas rápidas e pouco desenvolvidas;
- Falta de estudos portugueses e o facto de nos basearmos em realidades estrangeiras, principalmente a do Brasil.

Foi um processo de aprendizagem contínua que nos exigiu a desmontagem constante destas limitações e obstáculos, enriquecendo a nossa experiência como investigadoras.

Uma vez chegado ao fim, importa ressaltar que ao longo deste percurso de investigação ainda se conseguiu um carácter de maior interesse e pertinência comparativamente ao que lhe atribuímos inicialmente, proporcionando momentos de prazer e um indicador positivo de esperança nesta grande área de intervenção dos profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, J. P. (2000). *O Tempo aprisionado: Ensaio não espiritualistas sobre o Espírito Humano*. Coimbra: Quarteto Editora

Adital. (2005). Leite salva vidas. Consultado em 17 Novembro 2007: [Http://www.adital.com.br](http://www.adital.com.br).

Aguayo Maldonado J. (2001). Lactancia maternal en recién nacidos pretérminos. Sevilha: Universidad de Sevilha.

Aguilar Cordero M. J. (2005). Lactancia materna de recién nacidos pretérmino. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna* (pp. 288-300). Madrid: Elsevier.

Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de psicologia*, 10 (002), 279-285.

Amamentação Online. (2007). Grupo de Origem: 18 anos de apoio às mães e aos bebês. Consultado em 29 de Julho de 2007: [Http://www.aleitamento.org.br](http://www.aleitamento.org.br).

Avelar, J. F. C. M. (2007). *101 Razões para amamentar seu filho*. Instituto de Química e Biologia S/A.

Barbosa, E. C. V., & Rodrigues, B. M. R. D. (2004). Humanização nas relações com a família: Um desafio para a Enfermagem em UCI Pediátrica. *Health Sciences*, 26 (1), 205-212.

- Barros, J. S. (1991). Lactação. In M. L. Mendes, *Curso de Obstetrícia* (pp. 353-361). Coimbra: Centro cultural da Maternidade dos HUC
- Barros, J. C. R., & Ferrari, V. P. M. (2003). Nutrição do recém-nascido de termo normal: Papel do pediatra. Papel do psicólogo. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 229-241). São Paulo: Atheneu.
- Bogdan, R., & Bilken S. (1991). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bueno, L. G. S., & Teruya, K. M. (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80, (5) 126-130.
- Cacil, V. M. L. T., & Falcão, M. C. (2003). Composição do leite humano. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 215-227). São Paulo: Atheneu
- Capalbo, C. (1984). *Alternativas metodológicas de pesquisa*. In Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis: UFSC. 130-57.
- Carvalho, M. D. B., & Valle, E. R. M. (2002). A pesquisa fenomenológica e a Enfermagem. *Acta Scientiarum Maringá*, 24, (3), 843-847.
- Casey, A. (1988). A Partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8 (4), 8-9.
- Cattaneo, A., Macaluso, A., Simona, D. M, Ronfani, I., Materassi, P. Romero, S. Q., et al. (2004). *Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: Um projecto em acção*. Dublin: Projecto da União Europeia.

Ceccon, M. E. J, Tanunri, U., & Feferbaum, R. (2003). Enterocolite necrosante. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 429-437). São Paulo: Atheneu.

CIPE/ICNP versão Beta-2 (2002). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. Associação Portuguesa de Enfermeiros: International Concil of Nurses.

Código do Trabalho (2003). *Protecção da maternidade e paternidade*. Portugal

Cordeiro, M. J. G., & Carvalho, M. C. A. (1990). *Alimentação da criança saudável, alguns aspectos*. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Conferência sobre Aleitamento Materno (2008). *Apoio às mães no sucesso da amamentação*. Lisboa: Comissão Nacional Iniciativa Amigos dos Bebés.

Corrêa, A, K. (1997). Fenomenologia: Uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 5 (1) 83-88.

Costa, M. T. Z., & Diniz, E. M. A. (2003). Amamentação do recém-nascido na unidade neonatal: Humanização do atendimento. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 251-255). São Paulo: Atheneu

Dicionário (2004). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto: Porto editora.

Delgado, S. E., & Halpern R. (2004). Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: Sentimentos e percepções maternas. *Arquivos Médicos* 7, (2), 5-28.

Delgado, S. E., & Halpern R. (2005). Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: Funcionamento motor-oral e apego. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 17 (2), 141-152.

Falcão, M. C., & Mataloun, (2003). Aditivos do leite materno. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 275-281). São Paulo: Atheneu

Feferbaum, R., & Falcão, M. C. (2003). *Nutrição do recém-nascido*. São Paulo: Atheneu.

Feferbaum, R., Quintal, V. S., & Araújo, M. C. K. (2003). Nutrição enteral do recém-nascido de baixo peso. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 315-328). São Paulo: Atheneu

Ferreira, M. M. C., & Costa, M. G. F. A. (sd). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebê pré-termo. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, 51-58.

Fiocruz. (sd) Sobrevivência, protecção e desenvolvimento da criança. Consultado em 3 de Janeiro de 2008:
<Http://www.Fiocruz.br/redeblh/media/smamtemas.pdf>

Fortin, M. F. (1999). *O Processo da investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas.

Galvão, M. D. P. G. (2005). Acompanhamento da implementação das orientações sobre amamentação num Hospital Amigo do Bebê: Perspectiva da mãe. Repercussões na manutenção da amamentação aos três meses de idade. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 52-56.

Galvão, M. D. P. G. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.

Gibbins, B., Hodnett E., Pinelli J., Ohlsson A., & Darlington G. (2002). Efficacy and safety of sucrose for procedural pain relief in preterm and term neonates. *Nursing Research*, 51 (6) 375-382.

- Ginsburg, R. (1999). Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, 75 (3), 149-151.
- Giorgi, A. (1985). Phenomenology and psychological research. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Giugliani, E. R. J. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76 (supl. 3), 238-252.
- Gomes, A. (2004). Nutrição entérica do recém-nascido pré-termo. In A. Moleiro, A. Pereira, A. Silva, A. Almeida, A. Portela, A. Freitas et al., *Consensos nacionais em neonatologia* (pp. 109-112). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- González, C. (2004). *Manual prático do aleitamento materno* (1.^a ed.). Lisboa: Mama Mater-Associação.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso* (1.^a ed.). Lisboa: Principia.
- Hernandez, A. M. (2001). Actuação Fonaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In Hernandez A. M. e Marchasen I., *Actuação fonoaulogica no ambiente hospitalar* (pp. 1-37). Rio de Janeiro: Revinter.
- Ichisato, S. M. T., & Shimo, A. K. K. (2002). Revisitando o desmame precoce através de recortes da História. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (4), 578-585.
- IMeN. (2006). Amamentação do recém-nascido pré-termo. Consultado em 8 Setembro de 2006:
[Http:// www.nutricaoclinica.com.br/index.php?](http://www.nutricaoclinica.com.br/index.php?)
- Issler, H. (2003). Orientação clínica da lactação. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 243-249). São Paulo: Atheneu.

Klaus, M. H., & Fanaroff, A. A. (1995). *Alto risco em neonatologia* (4.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Javorski, M., Caetano, L. C., Vasconcelos, M. G. L., Leite, A. M., & Scochi, C. G. S. (2004). Social representations on breastfeeding according to preterm infants' mother in kangaroo care. *Revista latino Americana de Enfermagem*, 12 (6), 890-898.

Jesus, P. (2008). Primeiros dois bancos de leite já em 2009. *Diário de Notícias*, 21.

Joana. (2006). Dor em bebés diminui com a amamentação. Consultado em 7 de Fevereiro de 2007, em Cienciametrics:
[Http://WWW. Cienciapt.net](http://WWW.Cienciapt.net)

La Leche League Portugal. (2008). La Leche League. Consultado em 7 de Fevereiro de 2008:
Www.llli.org/Portugal.html

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: Abordagem teórico prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Levy, L. (2005). Alimentação do lactente: Aleitamento materno. In A. C. Silva, & J. Gomes-Pedro, *Nutrição pediátrica; Princípios básicos* (pp. 69-75). Lisboa: ACSM.

Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual de aleitamento materno*. Comité português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. São Paulo: Paulinas Editora.

- Loureiro, L. (2002). Orientações teórico-metodológicas para a aplicação do Método Fenomenológico na investigação em Enfermagem. *Referência*, 8, 5-16.
- Loureiro, L. M. J. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em Enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Referência*, 2, 21-32.
- Ludington-Hoe, S. M., & Golant, S. K. (1993). *Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant*. New York: Bantam Books.
- Magalhães, L. M. S., & Bicudo, J. N. (2006). Nutrição em recém-nascidos prematuros. Consultado em 21 de Novembro de 2007, em Revista Médica Ana Costa:
[Http://www.revistamedicaanacosta.com.br/11](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/11) (2).
- Maranhão, A. G. K., Joaquim M. M. C., & Siu C. (1999). Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. *Tema-Radis*, 17, 6-17.
- Marques, A. M. (1999). *Qualidade dos cuidados neonatais em Portugal*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Universidade de Coimbra.
- Martins, J. (1990). A Fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: Algumas considerações. *Revista Esc. Enfermagem USP*, 24 (1), 139-147.
- Matheus, J., Lima, M. C. M. P., & Mitre, E., I. (2004). Efeitos da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo considerando índices de saturação de oxigénio. *Revista CEFAC*, 6 (3), 282-287.
- Matuhara, A. M., & Naganuma, M. (2006a). Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. *Pediatria*, 28 (2), 81-90.

Matuhara, A. M., & Naganuma, M. (2006b). Impacto de um manual instrucional sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Pediatria*, 28 (2), 91-97.

Ministério da Saúde. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe Canguru: Manual de curso/Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança* (1ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Milan, P. (1988). Cuidados com crianças prematuras. *Nursing*, 4, 12-16.

Moleiro, A., Gomes, A., & Nona, M. (2004). Aleitamento materno. In, A. Moleiro, A. Pereira, A. Silva, A. Almeida, A. Portela, A. Freitas et al., *Consensos nacionais em neonatologia*, (pp. 113- 116). Coimbra: Sociedade portuguesa de pediatria

Nascimento, M. B. R., & Issler, H. (2004). Aleitamento materno em prematuros: Manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria*, 80, 163 -172.

Neiva, F. C. B. (2003). Amamentação do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos: Atuação fonoaudiológica. In R. Feferbaum, & M. C. Falcão, *Nutrição do recém-nascido* (pp. 257-263). São Paulo: Atheneu.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico dos Enfermeiros: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Padovani F. H. P., Linhares M. B. M., Carvalho A. E. V., Duarte G., & Martinez F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira*, 26 (4), 251-254.

Panhoca, R. (2007). Amamentação: Uma fronteira da otorrinologia. Consultado em 15 de Novembro de 2007:
[Http://www.panhoca.med.br/](http://www.panhoca.med.br/)

- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Pedro, I. M. S. C., (2002). Amamentação prolongada: Um processo complexo e ainda mal conhecido. *Servir*, 50 (6), 270-275.
- Pereira, A., & Poupá, C. (2004). *Como escrever uma Tese: Monografia ou livro científico usando o Word* (3.ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pereira, M. A. (2004). *Estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o sucesso*. Porto: S.E. (Tese de Doutoramento apresentado no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar)
- Primo, C. C., & Caetano, L.C. (1999). A decisão de amamentar da nutriz: Percepção de sua mãe. *Jornal de Pediatria*, 75 (6), 449-455.
- Queirós, A. A. (2001). A Fenomenologia na Investigação. Consultado em 14 de Fevereiro de 2008:
[Http:// www.anaqueiroz.pt](http://www.anaqueiroz.pt)
- Ramalho, R. (1991). O recém-nascido de pré-termo. In M. L. Mendes, *Curso de Obstetrícia* (pp. 353-361). Coimbra: Centro cultural da Maternidade dos HUC
- Ramos, C. V., & Almeida, J. A. G. (2003). Alegações maternas para o desmame: Estudo qualitativo. *Jornal de pediatria*, 79 (5) 385-390.
- Rebelo, M. F. M., & Ramos, T. F. (1988). Pais como primeiros prestadores de cuidados ao recém-nascido de pré-termo. *Enfermagem*, 23 (4).
- Rego, C., Ribeiro, L. & Guerra, A. (2005). Leite e fórmulas infantis. In A. C. Silva, & J. Gomes-Pedro, *Nutrição pediátrica; Princípios Básicos* (pp. 79-97). Lisboa: ACSM.

- Reis, G., & Santos M. (1996). A importância da presença dos pais na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Sinais vitais*, 8, 25-28.
- Resende, T. (2000). Nascidos antes do tempo. *Expresso*.
- Rezende, M. A., Sigaud, C. H. S. Veríssimo, M. R., Chiesa, A. M., & Bertolozzi, M. R. (2002). O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (2), 234-238.
- Rocha N. M. N., Martinez F. E., & Jorge S. M. (2002). Cup or bottle for preterm infants: Effects of oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. *Journal Hum Lact*, 18, 132-138.
- Rugolo, L. M. S. S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria Rio de Janeiro*, 81 (1), 101-110.
- Ruquoy, D. (2005). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In L. Albarello, F. Digneffe, J. P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy & P. Saint-Georges, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (pp. 84 - 116). Lisboa: Gradiva.
- Serra, S. O. A., & Scochi, C. G. S. (2004). Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros numa UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (4), 1-14.
- Silva, L. J. (2005). Nutrição no recém-nascido pré-termo. In A. C. Silva, & J. Gomes-Pedro, *Nutrição pediátrica: Princípios básicos* (pp. 76-78). Lisboa: ACSM.
- Sousa, M. A. (2008). IX Seminário de Ética, 10 anos de Deontologia Profissional, 60 anos de Direitos Humanos. *Ordem dos Enfermeiros*, (31).

Sparshott, M. (1997). *Pain, distress and the newborn baby*. London: Blackwell Science Ltd.

Stevens, B. J. (1999). The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates. *Nursing Research*, 48 (1), 35-43.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançado o imperativo Humanista* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

Tamez, R. N., & Silva, M. J. P. (2002). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Tavares, E. C., Xavier, C. C., & Lamounier, J. A. (2003). Nutrição e alimentação do recém-nascido prematuro. *Revista Médica Minas Gerais*, 13, 54-59.

Testa, A., Lavrador, M. A., & Barraca S. (2002). Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. *Referência*, (8) 79-83.

Thompson E. D., & Aswill, J. W. (1996). *Uma introdução à Enfermagem Pediátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

UNICEF, (2005). Comunicado de Imprensa. Consultado em 21 de Janeiro de 2007:

[Http://www.unicef.pt/18/05_10_13_pr_conferencia_int_aleitamento_materno.pdf](http://www.unicef.pt/18/05_10_13_pr_conferencia_int_aleitamento_materno.pdf)

Venâncio, S. I., & Almeida, H. (2004). Kangoro Mother Care: Scientific evidences and impacto on breastfeeding. *Journal Pediatr*, 80 (5), 173-180.

Vinagre, R. D., & Diniz, E. M. A. (2001). *O leite humano e a sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro*. São Paulo: Atheneu

Xavier C. C., Jorge M. S., & Gonçalves A. L. (1991). Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. *Revista Saúde Pública*, (25), 381-387.

Weirich, C. F., & Domingues, M. H. M. S. (2001). Mortalidade neonatal: Um desafio para os serviços de saúde. Consultado em 20 de Março 2008: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/696

Whitelaw A., Heisterkamp G., Sleath K., Acolet D., & Richards M. (1988). Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Child*, 63, 1377-81.

Wolke D. (1995). Um ambiente estimulante para os bebês na unidade de cuidados intensivos. In J. Gomes-Pedro, *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 251-278). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ANEXOS

Anexo I

Pedido de autorização ao Conselho de Administração para a realização do estudo

HUC *Antu*
 Direcção de Enfermagem
 Reg. N.º 486
 Data: 24/04/07

*Informar a
 requerente da
 autorização.*

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de Administração
 Dos Hospitais da Universidade de Coimbra

*Para obter parecer de
 Dr. Enfermeiro Dincho
 de Rega
 2/4/07*

2007-8-1
 Prof. Doutor Agostinho Almeida Santos
 PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Maria da Graça Da Silva Cavaco, Enfermeira Graduada desta instituição a trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém Nascido da Maternidade Doutor Daniel de Matos, a frequentar o XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar, está a realizar a tese de mestrado, orientada pela Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, subordinada ao tema "Promoção do Aleitamento Materno em Mães de Recém Nascidos Pré-termo". Cujo objectivo principal é Conhecer que tipo de incentivos e apoios recebem as mães de Recém Nascidos Pré-termo no aleitamento materno na Unidade Cuidados Intensivos ao Recém-nascido da Maternidade Doutor Daniel de Matos e Identificar se esse incentivo e apoio vai de encontro ao pretendido pelas mães de pré-terms na referida Unidade.

Neste sentido vem solicitar a V. Ex.ª se digne autorizar a sua realização na Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido, da Maternidade Doutor Daniel de Matos.

Pretende utilizar como instrumento de colheita de dados entrevistas semi-estruturadas às mães dos pré-terms dessa unidade. Sendo solicitado um consentimento prévio às referidas mães para a participação no estudo.

Com o compromisso de respeito pelas normas éticas e deontológicas que presidem este estudo, enviamos em anexo o guião de entrevista e a caracterização da amostra, colocando-se à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que surja.

Os dados serão tratados globalmente e a proponente compromete-se a entregar ao serviço um relatório dos mesmos.

*Autorizo o
 estudo pretendido
 HUC - MDM
 Dr.ª Rosa Amália Amorim
 Directora do Serviço de Neonatologia
 26/4/07*

Sem outro assunto de momento, aguarda resposta com a brevidade possível.
 Os melhores cumprimentos

*Tomei conhecimento
 a 1 de fev
 por 6255
 30.5
 30/07/07*

Coimbra, 18 de Abril de 2007
 Pede deferimento.

*1. A Sra. Enfe. Supervisora
 no sentido de análise
 do documento.*

*2) Após recepção da análise, Maria da Graça da Silva Cavaco
 solicita parecer de concordância
 a Sra. Directora do S. de Neonatologia
 e Sra. Enfe. Chefe.
 2007-8-6*

(Maria da Graça da Silva Cavaco) H.U.C.
 Conselho de Administração
 Reg. N.º 1965 Z.C
 Data: 20/04/07

Anexo II

Grelha de dados Sócio-demográficos dos participantes

GRELHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Entrevista nº Data.../.../... Início..... Fim.....
Identificação do participante Idade: Estado civil: Residência: Escolaridade: Idade gestacional do bebé ao nascer: Idade gestacional no momento da colheita de informação: Primíparas ☐ Multíparas ☐ Unidade Materna ☐ Domicílio ☐

Anexo III

Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Apresentação do entrevistador/investigador ao entrevistado

Apresentação do estudo: tema, objectivos, definir incentivo e apoio e finalmente proferir a importância das entrevistas no contexto do estudo.

Pedido de consentimento: apresentar consentimento, informar sobre o respeito aos procedimentos éticos, solicitar autorização para gravar em suporte magnético as entrevistas e finalmente pedir a validação das entrevistas, após a sua transcrição.

Entrevista nº Data.../.../... Início..... Fim.....

- Fale-me de como tem sido a sua experiência em amamentação?
- Fale-me dos incentivos e estímulos que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé
- Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?
- Fale-me dos apoios, ajudas, conselhos e informações que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.
- Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?
- Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Anexo IV

Termo de Consentimento Informado para participação no estudo

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Fui informada que se encontra a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido, da Maternidade Doutor Daniel de Matos, um estudo que visa Promoção do Aleitamento Materno em Mães de Prematuros, o qual conta com a responsável Enfermeira Graça Cavaco e como orientadora a Prof. Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão.

Tratando-se de um estudo, que pretende conhecer que incentivo e apoio recebem as mães de bebés prematuros na amamentação e Identificar se esse incentivo e apoio vai de encontro as necessidades das mães de prematuros na Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido (UCIRN) na Maternidade Doutor Daniel de Matos, Eu....., aceito colaborar no mesmo, deixando-me ser entrevistada, aquando da minha estadia na respectiva unidade

Sendo a minha participação voluntária, poderei em qualquer etapa deste estudo, desistir do mesmo, sem que para isso haja qualquer dano ou represália.

Foi-me dada a garantia de que todos os dados por mim fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados do estudo.

.....

Data: /.../.....

Anexo V

Exemplares das Entrevistas

Entrevista nº 1 – E1

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação?

Mãe – Tem sido boa. Agora é um bocadinho difícil, porque ele é prematuro, mama pouquinho de cada vez. Vai-se dando mais bastas vezes (riso), porque adormece muito ao peito.

Investigador – Fale-me como tem sido desde o início até hoje.

Mãe – O início foi complicado, mas... chegar lá vê-lo assim (risos) a comer com uma sondita, não é fácil. Começou por cinco, acho eu, depois por oito, foi subindo, agora já vai nos trinta e... agora já mama ao peito só, já é difícil saber quanto é que mama... mas chegou até aos 34 talvez, ... sempre por sonda. Sempre leitinho materno, tirando o primeiro dia, não é?

Investigador – Fale-me como foi esse primeiro dia e quando é que o foi visitar?

Mãe – No dia a seguir de manhã, ele nasceu aos 5.03 minutos, no dia a seguir, e...

Investigadore – Nesse dia foram apresentados o bebé e a unidade?

Mãe – perguntaram-me se já tinha leitinho, eu já... aí de manhã ainda não tinha, depois à tarde quando já estava outra enfermeira e perguntou-me se já tinha tirado o leite, eu já lá tinha no frigorífico, só que, o bebé ainda não tinha nome e o nome que lá estava era o da mãe, e o nome que eu punha no biberão era o do bebé e então quando ela disse “ *não sabíamos, não sabíamos o nome do bebé e tínhamos dado o leite para prematuros*”. A partir daí começou a beber leite do meu. Começou a aumentar (riso) e depois foi para o berçário e ao fim de três semanas...

Investigador – Com sonda?

Mãe – Sim, mas sempre na mais rápida, não sei como é que se chama, não era na máquina... era na gavagem. Chegou a beber os 34 e depois começou a ir ao peito e biberão.

Investigador – Quando era por biberão o leite era do seu?

Mãe – Sempre do meu... sempre do meu e congelava quando tinha a mais, quando ia a casa. Eles descongelavam e davam-lho, porque... também preciso de ir a casa de vez em quando (sorriso) ao fim de um mês de internamento, que já vai um mês e pouco...pronto. Quando ia a casa ficava mais descansada, porque tinha sempre o meu leite que guardava nos saquinhos ou no biberão, no congelador e o fresco dava para aguentar as próximas horas e depois tiravam do congelado

Investigador – Fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações para poder iniciar a amamentação do seu bebé.

Mãe – O incentivo? Tirar o leite na máquina, não é? que era o melhor para ele, e mais como prematuro, era melhor de que um de termo... pô-lo ao peito... fazer o canguru. Mas ele quando fez o canguru ele só procurava a mamã e começou a mamar e então a partir daí, começamos a pô-lo mais vezes ao peito, mesmo na parte da incubadora, quando ele ia ao canguru já ia mamar... e a partir daí começamos a ver que ele mamava e começamos a pô-lo mais vezes à mama. Logo da primeira vez começou a mamar. Depois foram ver com a seringa e ele já tinha no estômago, não me lembra bem, mas deve estar escrito, uns cinco ou sete ... na primeira vez. Depois mamou dez, depois mamou doze, dezassete, até que lhe tiraram ... a esparguete (risos). O esparguete do nariz. Agora o complicado é... é ver o que ele mama, porque habituámo-nos ao biberão.

Investigador – Os profissionais ensinaram-lhe a reconhecer alguns sinais de como o bebé estava a mamar o suficiente?

Mãe – Se a fralda tivesse chichi, se o peito ficasse mole, pois... mas a gente tem sempre as nossas dúvidas... muitas dúvidas. Se ele mamar e ficar na mesma desperto, a gente pensa sempre... e mais um bebé nesta fase em que é só comer e dormir, não é? Pensa sempre que é fome. Acho 90% das mulheres, ou 99,9% pensa que a primeira coisa é fome. Tem dores, tem calor, tem outras coisas, mas o que nos passa pela cabeça é que a mama não é o suficiente, deixa-me buscar o suplemento. Acho que ainda há isso....já conhecia as vantagens, acho que qualquer mãe gosta de... para quem andava a tirar o leite há um mês à maquina... é com a esperança que ele um dia mame no peito... e é muito mais fácil e muito melhor, não é? Por varias razões ... há a qualquer hora, tem a temperatura ideal, não é preciso aqui andar apertar...

que os meus peitos são pequenos e quase que entram pela máquina dentro (risos).

Investigador – Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?

Mãe – Foram muito importantes, a nossa persistência e a nossa força de vontade conta muito neste momento, porque senão havia.... Quando eu vou a casa, por exemplo, e como a gente não tem lá o bebé, entretém-se com outras coisas, se não for... a gente até se esquece de tirar o leite. Aqui, como estamos aqui ajuda muito, umas com as outras e a hora de ir lá baixo, temos que levar o leite. Temos aquele horário certinho para tirar o leite e vamos estimulando mais. Porque eu acho que se fôssemos a casa mais vezes, eu tenho essa experiência... quando vou a casa mais vezes entretenho-me a fazer isto ou a cuidar da casa ou disto ou daquilo, o pouco tempo que a gente lá vai tenho sempre o que fazer e esqueço mais aquela hora, quando vai a ver, penso que já não tenho leite (riso), passo aquelas horas todas...

Investigador – Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.

Mãe – As instalações para as mães ficarem, conta muito nós estarmos aqui, com as outras mães.

Investigador – O apoio das outras mães é muito importante?

Mãe – É, é... Eu posso dizer que nas duas primeiras semanas eu não preguei olho toda a noite. Mesmo lá nos dias que estive internada, nos pisos, chegaram a dar-me três valium para dormir, não pestanejava, não dormia. Já tenho dificuldade em dormir, sempre tive, dormir, não é dormir em si, é dormir pouco. Para mim dormir quatro ou cinco horas, se eu dormir sossegada estou bem. E depois, vim para cima e até me receitaram vários medicamentos e eu nunca tomei nada. Não tomei nada e hoje durmo, não durmo bem, pois, não durmo bem. Mas se dormir quatro ou cinco horas sem ajuda de medicamentos já é óptimo. E a convivência aqui, umas com as outras, ... apanhei delas que já cá estavam há um mês... agora estou a ajudar outras, porque estou cá há um mês, porque sei que as primeiras semanas são complicadas. Mesmo que esteja tudo a correr bem, não sei... parece que a gente vai muito a baixo psicologicamente. Os médicos e enfermeiros informaram que era normal... era

normal. Tinha ajuda da psicóloga que eu já conhecia e dos outros, se precisássemos. E se não nos sentirmos bem é para voltarmos lá e insistiam... nesse aspecto, em ajudas, estamos bem. Ajuda muito termos uma salinha para tirar o leite, os horários, o estimular a ir lá baixo nos horários é importante... porque ajuda antes de ir a ter aquela correria para tirar o leite, que era o que lhe estava a dizer, se não tivermos essa preocupação, não temos os bebés a chorar ao pé de nós, não temos aquela necessidade de lhe dar a mama, passa as três horas, e se nas primeiras semanas não estimularmos acaba por perder o leite. Então ajuda o ir de três em três horas. A convivência e o ambiente aqui em cima é proporcional a ter umas com as outras, a ter essa vontade de tirar o leite. Algumas não têm, outras estimulam outras que insistam, acabam por conseguir, alguma coisa, não é? ...Ele agora não tem aumentado tanto (peso), porque o esforço é maior, ... como era por gavagem era só cair no estômago, bem quentinho. Agora como é pequeno e tem de mamar em todas as mamadas, vai fazê-lo gastar mais energias, não é? Tem aumentado, mas não tanto como aumenta antes.

É ele que acorda, coitadito, até tem aguentado três horitas, às vezes duas, outras vezes duas e meia. Porque lá esta, a gente não sabe a quantidade que ele mama, não é? Mas também aquela ansiedade de dar biberão depois da mama, tem que se tentar que ele mame o suficiente e tentar dar sempre que ele acorda. Nunca dá para prever.

Investigadores – Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação, foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?

Mãe – Se podia haver mais qualquer coisa...?

Investigador – Ou seja se foi apoiada consoante as suas dúvidas, as suas necessidades ou se não foi segundo as suas necessidades e se houve alguma coisa que não esteve bem e a prejudicou esta prática?

Mãe – Não me estou a lembrar de nada ...

Investigador – Sempre que teve dúvidas, foi esclarecida?

Mãe – Foram, foram ... uma equipa excelente de profissionais que eu desconhecia. Quem não passa por estas situações, vem à maternidade ter um bebé e vai-se embora e nem sabe este tipo de cuidados. Quem não passa pela situação, não... já tinha passado por uma situação semelhante, que acabou por

falecer às 28ª Semana. Nunca pensei que houvesse bebês que... apesar de aquilo que a gente ouve na televisão e ... nunca pensa que há deles com 600, com 700, com 500 como me foram mostrar ao quarto, por viram que estava um bocadinho deprimida. E foram me mostrar uma menina... acho que era brasileira com 500 e poucas gramas. Na altura, pronto, ajuda a gente a pensar que o nosso não está assim tão mal, não é?

Investigador – O seu parto foi por cesariana, levaram a fotografia do seu bebé, quando ainda não o tinha visitado?

Mãe – Não. Na altura até me falaram que iam levar, mas eles disseram que era para as mães que estavam mal depois do parto, que não podiam ver nas próximas horas. Como eu levantei logo no dia de manhã. O meu marido tirou fotografia. Eu fui logo com ele de manhã. Eu por acaso fiz essa pergunta, se tinham tirado alguma fotografia. Normalmente, se eu não fosse logo de manhã eles faziam isso. Só que eu fui logo de manhã, pronto e vi, tiramos nós as fotografias. Mas conheço que funciona assim. Há colegas minhas que têm fotografias deles.

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – Estou mais confiante agora do que... é assim, acho que a confiança não é 100% (riso), não é? Porque é o que eu digo, o biberão tem medida, aqui não tem (aponta para o seu peito) e a gente... acho que qualquer duvidazita vai sempre pensar que é fome. Qualquer problema....

Investigador – Os ensinamentos para a alta são importantes para o esclarecimento de dúvidas?

Mãe – São, são, ...ainda agora tivemos aqui uma moça, que até já tinha tido uma filha, e a bebé foi de termo e ela tinha muito leite que a gente via que tirava muito e ela a seguir disse que a seguir ia comprar suplemento, porque achava que a bebé estava magrinha e que não estava a aumentar bem e que chorava muito. E eu assim, ...mas se ela não tem leite que tira tanto, nós coitaditas que... mas acho que ... vou tentar. Desde que ele aumente bem e que eles me vão dizendo... que é normal... o choro (riso) e que não é fome, vou insistindo sempre. O peso vai depois também ditando se é suficiente ou não.

São estes profissionais que sabem mais de prematuros, não é? Nos centros de saúde ou até alguns pediatras não tem experiência de prematuros.

Entrevista nº 2 – E2

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação?

Mãe – Nos primeiros dias de vida do bebé, ... neste caso, as circunstâncias são completamente diferentes, porque estamos separados, estamos em pisos diferentes. No segundo piso, que foi onde eu fiquei, logo umas horas após a cesariana incentivaram-me logo a ir extrair leite com a bomba. Mesmo que não conseguisse levantar, as enfermeiras traziam-me a máquina até ao quarto e incentivaram-me logo desde os primeiros dias a extrair e a levar ao bebé. Incentivaram-me logo a fazer essa rotina. Apesar de não estar com o bebé, a ir extraíndo e a ir lá cima à UCIRN e a levar, por pouco que fosse. Eu às vezes pensava... no início era só aquele bocadinho, o colostro, não valeria a pena... aquilo mal sujava um biberão, eles incentivaram a aproveitar tudo e lá ir cima levar. Quando a pessoa passa aqueles três dias e vê só um bocadinho no fundo do biberão, pensa que não vai ter, aquilo não é nada, não vai dar para nada, mas depois também nos explicam logo... que é o colostro, para aguardar. Eu senti logo no piso em que estive que foi explicado e foi incentivada. Depois, quando fui visitar pela primeira vez a bebé na UCIRN, também me explicaram qual era o procedimento que eu devia tomar. Desde identificar o biberão, o prazo de validade do leite, todas essas coisas que à partida nós não temos conhecimento e explicaram logo. Que podíamos meter no frigorífico. Por isso, no 2º piso foi logo incentivada e senti que também fui elucidada na UCIRN. Depois, mais para a frente, quando passei para o piso das mães facilitou um bocadinho. No meu caso, eu acho que o maior incentivo é mesmo as dúvidas e a rotina de estar com o bebé de levar o leite, tudo isso, foi-me transmitida mais pelas mães que estiveram aqui comigo do que propriamente pelos enfermeiros ou pelo pessoal da UCIRN. Porque elas já cá estavam a algumas semanas. Desde aqueles horários, as das 8.30, 11.30, que à partida nós não estamos muito dentro... vamos a qualquer hora... vamos lá em cima, mas nem sempre coincidia com o horário em que estavam a mexer mais na criança e que ela estava mais acordada. A partir do momento que vim

para o quarto piso, foi diferente. Comecei a entrar mais na rotina, aperceber-me dos horários. Foi fundamental estar no quarto piso. Se calhar se não tivesse aqui, o contacto com o bebé seria diferente. Ela primeiro estava a ser alimentada por sonda, depois, se calhar, por ter tido uma infecção, também dificultou. Eu só passados quinze dias é que fiz canguru pela primeira vez e coincidiu com o dia em que suspenderam o antibiótico. Que a partida passou a infecção, não é?! Se calhar, isso também dificultou um bocadinho. Agora também posso dizer que noto que há enfermeiros que incentivam muito mais do que outros. Eu posso dizer que para mim, que a enfermeira que mais me ajudou nesse aspecto foi a enfermeira (nome). Ela foi a primeira a incentivar a fazer o canguru. Logo nesse dia, ela (bebé) foi logo ao peito, porque eu também tinha dito que estava a perder o leite. Ela (enfermeira) também explicou que era muito importante o bebé vir ao colo, para ver se tinha mais leite e para não desistir. Porque uma pessoa chega uma altura que... um dia tira pouquinho, vem outro que também... andamos ali, desistimos? não desistimos? Vale a pena tirar, não vale? Pronto, nesse momento foi importante eu ter começado a pegar na bebé e a ter um enfermeiro que tivesse ajudado nesse sentido. Se calhar tinha desistido, ela (enfermeira) foi importante. Depois, entretanto como passou para o berçário, as coisas depois foram mais fáceis. Porque podia pegar mais no bebé, depois começamos com o biberão. Lá esta, aí ela (enfermeira) também foi importante, porque eles estavam só com a gavagem (não é assim que se chama?) e para ir para o biberão que já é bom para a mãe estar a dar pelo biberão, também foi ela. Por isso, lá está, ela foi muito importante para mim. Provavelmente se ela não tivesse já com o biberão, mais tempo demoraria a ir para casa, não sei?! Também tentamos que ela fosse ao peito, mas era um bocadinho mais difícil por causa do mamilo, mas tentamos. Mas estar a dar pelo biberão já ...só que lá está, noto essa diferença. Ela não deixa de beber o leite materno e explicaram-me desde o início, desde que ela foi para a incubadora a importância do leite materno, para as infecções e para tudo isso. E eu fiquei consciente das vantagens e também foi importante, porque dos outros dois filhos não insisti muito. Por vê-la ali na incubadora e por ter tido a infecção, se calhar achei que tinha mesmo de fazer um esforço e dar-lhe do meu leite porque ia ajudá-la, senti que era importante. Mas noto a diferença entre.... Ela bebé da mesma forma o leite materno mas,

não vem ao peito. Há insistência para que o bebé beba leite materno, mas já não noto tanta insistência para que vá ao peito. É essa a grande diferença que eu noto. Agora que me dizem que eu estou perto de ir para casa, a minha dúvida é – vou para casa, vou continuar a tirar o leite com a bomba e dar-lhe pelo biberão? Ou vou tomar eu a iniciativa de lhe dar ao peito? Já que não fiz aqui vou fazê-lo em casa? Não sei bem o que vai acontecer. Porque eu tenho impressão se eu for para casa e continuar a tirar, as bombas são diferentes, eu quando estou de fim-de-semana em casa não consigo tirar o mesmo leite. Então... as coisas penso que vão descarrilar. Vou chegar a uma certa altura que as coisas vão andar mais pelo outro leite. Porque depois se eu for para casa, se for ao peito fico sem saber qual é o procedimento. Se ela bebe o suficiente, no peito nos nunca sabemos se bebe o suficiente ou não. Depois vai surgir aquela insegurança, agora vou lhe dar do outro? Não vou? Como não tenho feito isso aqui, vão ser dúvidas que vão ...essa é a grande diferença.... Eu já tenho as minhas dúvidas todas apontadas. Mas essa é a grande diferença que eu noto agora. Leite materno sim, só que pelo biberão, mais pelo biberão.

Investigador – Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?

Mãe – Eu acho que foram fundamentais. Eu acho que sim. O transmitir a importância para proteger o bebé das infecções e de tudo isso, acho que nos... por mais que a pessoa não goste de amamentar e que já tenha tido uma má experiência anterior, que foi o meu caso. Tive duas péssimas experiências. Neste caso se não tivessem elucidado sobre a importância, já teria desistido. O primeiro impacto quando vimos o bebé pela primeira vez, eu acho que qualquer pessoa tem medo de tocar. Porque ver aqueles fios todos e ouve aqueles apitos de vez em quando, não sabe.... Parece uma coisa muito frágil, intocável, temos medo de tocar. Eu acho que só o contacto diário de todos os dias um bocadinho e ser-mos incentivados a tocar, se calhar acho que devíamos pegar mais vezes no bebé, mas pronto.... A pessoa às vezes fica com a ideia que... se faz mal ou não? Ou se está a prejudicar o bebé por lhe estar a pegar? Mas eu acho que ajuda a perder o medo o contacto diário. Ir lá aquelas horas todas. Agora o tocar no bebé é que lá esta...há enfermeiros que incentivam mais do que outros. Há outros que dizem, agora não mexa no bebé que esta a dormir,

porque precisa de descansar, pronto ... retraem um bocadinho, “*faça só uma festinha*”. Há outros que não, que dizem mesmo para tocar. Que o bebé gosta de sentir a mão da mãe, gosta de sentir as festinhas, que incentivam mais. Lá esta a diferença.... No geral é bom, mas os critérios são diferentes nesse aspecto.

Investigador – Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.

Mãe – Como eu lhe disse, foi fundamental nesse aspecto a enfermeira (nome). Ela quando colocou o bebé ao peito teve sempre ao pé de mim a explicar o posicionamento. Outra coisa importante, o bico tem de ficar... não pode mamar só na pontinha. Teve sempre ao pé de mim o tempo todo. Isso aí, senti completo apoio. Eu noto que às vezes, principalmente nestes últimos dias que tenho estado no berçário, mesmo que queiram eu entendo que não haja tempo. Houve ali dias que estava uma enfermeira para os seis bebés. É impossível, porque estão muitas mães na minha situação. É impossível estarem a apoiarem a mim e às outras seis, quando eles têm de mamar à mesma hora. Também compreendo que às vezes não dá para mais. Já cheguei a esta conclusão, às vezes não é só não quererem mas, também não há meios, não há tempo (sorriso). Por outro lado foi importante o estar aqui, no quarto piso, porque fez com que eu mais facilmente... a qualquer hora pudesse ir à UCIRN e estar com a minha bebé. Se estivesse em casa ou noutra sítio qualquer, claro que não tinha vida para de três em três horas estar... era impossível. O facto de poder comer aqui também foi muito importante. Não precisava de perder tempo a pensar nestes pormenores. Tudo isto facilita a vida às mães. Deixa todo o tempo do mundo para se dedicar ao bebé. Pensar no bebé enquanto aqui está. Depois o facto de estar aqui com outras mães nas mesmas circunstâncias também ajuda, apoia quer emocionalmente...porque a pessoa quer queira quer não, por mais forte que seja, às vezes vai a baixo e é importante estar com outras pessoas com os mesmos problemas ou outros piores. A troca de experiências é importante. No geral são estes os factores importantes. O estar aqui, as outras mães e os próprios técnicos. Aqueles que se predispõem mais ajudar, não são todos, quando ajudam estão ali ao lado e dão-nos o apoio necessário.

Investigador – o stress prejudicou a extracção de leite e a produção?

Mãe – Acho que sim. No meu caso, como tinha outros dois filhos de vez em quando ia a casa. A preocupação de os ter em casa, o dia que ia a casa era para esquecer. Porque depois aí, lá está, também me ensinaram na primeira vez que eu saí para ir a casa, também me explicaram que devia comprar uma bomba se quisesse ir a casa, para continuar... para não estar aquelas horas todas sem tirar leite. Explicaram como é que devia trazer o leite. Foi importante. Porque um fim-de-semana inteiro em casa, se eu não tirasse era complicado. Nesses dias em que andava mais chateada, ou andava para a frente e para trás, era impossível. Por isso é que eu digo, se eu não estivesse aqui, no quarto piso provavelmente já não teria leite. A azáfama que a mãe iria sofrer de andar para trás e para a frente ia prejudicar todo o processo.

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – ela é só de biberão. Ela foi poucas vezes ao peito. Quando foi eu também não tinha o mamilo muito bem formado, então ela rejeitava um bocadinho e desinteressava-se. Entretanto, eu trouxe os bicos de silicone. Como ela mamava bem pelo biberão, nunca mais tentou ir ao peito. Daí eu dizer que, agora não sei, quando ela tiver alta, se deva voltar a tentar em casa ou não. Visto que aqui ultimamente, como ela mama bem no biberão, tem sido sempre biberão e nunca mais foi ao peito, nem com os bicos de silicone, nem sem bicos. Nunca mais fui incentivada a isso e também não tomo iniciativa para tal.

Investigador – quando vai ao peito sentiu diferença na produção de leite?

Mãe – senti... na primeira vez, pelo menos, foi substancial. Noto agora que estou mais em contacto com ela, mesmo sem ir ao peito todas as vezes, noto que tenho mais leite que anteriormente. Isso aí é visível.

Se calhar se fizessem uma conferência sobre a amamentação, muitas dúvidas das mães, porque são muitas neste aspecto e é uma parte importante para ir para casa mais confiante, era importante. Tanto ou mais que a febre, a lavagem das mãos que em casa se calhar não vamos andar sempre com a desinfecção e com as lavagens. A amamentação se calhar era importante.

Entrevista nº 3 – E3

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação.

Mãe – O primeiro dia para mim foi muito doloroso, porque eu cheguei lá e vi ela com as luzes em cima dela e uma sonda e tudo....e para mim foi muito triste. Até cheguei à enfermeira e estava-me a esclarecer porquê o motivo das luzes e da sonda. Ela esteve-me a explicar que a sonda era para respirar, para ajudar ela a respirar e ela até brincou que as luzes eram para bronzear ela (riso). Sobre o leite eu não tive oportunidade de eles me explicarem sobre o leite. Eu é que comecei a tirar, a extrair o leite e tirar um biberão e a pôr no frigorífico.

Investigador – não lhe ensinaram os procedimentos da extracção e armazenamento do leite

Mães – não, não chegaram a falar nada...

Investigador – então quem a ensinou?

Mãe – acho que foram as mães que foram falando e eu tirava o biberão lá e que colocava... no frigorífico. Tirava aqui e levava lá em baixo.

Investigadora – inicialmente como foi alimentada?

Mãe – sim, foi. Eu não podia vir na Unidade, estava internada ainda. Não podia levantar da cama. Estive quatro dias de cama, não pude ... acho que no penúltimo dia de incubadora que foi que eu vim, que pude subir. Ainda vi ela duas vezes na incubadora e depois passou para o berço.

Investigador – Extraía o leite?

Mãe – sim, sim. Isso aí dava para ela. Enquanto eu não dava o meu leite eles davam o leite da Unidade através da sonda. Depois que eu pude levantar da cama e extrair o meu leite foi quando começaram a dar o meu leite. Depois foi colocada ao peito. Tive uma enfermeira que me ajudou a pôr ao peito. Tinha e ainda tem alguma dificuldade de pegar no peito. A enfermeira me explicou que a boca dela é muito pequeninha e o bico do meu peito é grande. Então aí escapa-lhe da boca dela e ela tem um pouco de dificuldade de pegar.

Falaram nos bicos de silicone que eu podia comprar para ajudar ela a mamar no meu peito. Para ela não ficar somente no biberão. Então eu tive de comprar e pus no peito, assim ela pegou. Ainda hoje ponho. Hoje não porque tive de ir em casa, hoje não pôde mamar ao peito, mas ela hoje mamou no biberão.

Investigador – o stress acha que prejudicou a extracção de leite?

Mãe – eu acho que sim, eu só queria ver ela. A minha vontade era sair da cama logo ver ela. Então ficava um pouco nervosa. Eu queria sair para subir, para ver ela e não podia. Até chorava

Investigador – o estar na Unidade Materna ajudou a poder a amamentar?

Mãe – acho que sim. Acho que me ajudou bastante. Quando eu fiquei sabendo que ia ser tirada antes, que eu não ia chegar aos nove meses, que é às 40 semanas, eu achava que não ia dar conta de por exemplo dar a mama para ela pelo facto de ser uma criança prematura. Mas aí, teve uma enfermeira que me ajudou. Ela falou do leite, da importância de eu dar o meu leite, o meu próprio leite para ela. É assim, o leite da mãe ajuda a proteger a criança de algumas doenças e tudo.

Investigador – fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé.

Mãe – eu queria estar sempre com ela. Todas as mamadas, eu queria estar e pedia para as enfermeiras me chamarem, para eu mesma dar. Porque eu falei na terça-feira com o enfermeiro... esqueci do nome dele agora, falei para ele e ela e me disse, a próxima mamada vai ser às quatro, você quer vir? E eu falei, eu quero. Em casa não vou ter enfermeira para me ajudar com ela, então eu já tenho de me habituar desde agora. Tenho de me levantar de madrugada e dar o peito e tudo para ela. Então pode-me chamar que eu venho. Então eu fui às quatro (horas), ele me chamou e eu fui. Então eu dizia sempre assim, as mamadas dela eu que queria dar. O banho só assisti duas vezes, depois eu mesmo já dava banho sozinha. Eu queria aprender tudo com os profissionais. Eu sabia que a partir do momento que ela recebia alta que eu não iria ter esse acompanhamento em casa. Eu fiz questão de aprender tudo com os enfermeiros.

Investigador – já lhe fizeram os ensinamentos para a alta? Vai colocar alguma dúvida sobre a amamentação

Mãe – não ainda não, porque eu cheguei de casa agora. Eu acho que a gente tem sempre que saber sobre a amamentação. Por exemplo, aqui ele mama de 4 em 4 horas. Eu não sei se tenho que mudar isso ou vou dar de 3 em 3 horas, pelo facto de ela estar em casa. Isso é o que eu vou querer saber.

Investigador – Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.

Mãe – por exemplo a comida, a sopa que eles dão aqui ajuda muito na produção do leite é muito importante.

Teve...teve uma que se sentou, que até esqueci do nome agora. Ela me ajudou a pôr, até ficou segurando a cabecinha até ela pegar, pegar no peito. Teve uma enfermeira que me explicou o seguinte: que agora era bom os bicos de silicone, esta ajudando ela, mas depois que era bom que eu retirasse um pouco e para que ela pegasse no meu peito. Ela tem de acostumar, ela vai crescer e pode não precisar. Deve secar primeiro uma mama e depois a outra.

Investigador – porquê?

Mãe – não sei porque.

Investigador – fez canguru?

Mãe – já falaram já, teve uma enfermeira que me explicou a importância de ela estar sempre comigo, de ela sentir o calor da mãe, dela sentir que a mãe está ali perto, é a mãe que esta pegando, é a mãe que esta dando biberão. Eu já cheguei a fazer o canguru

Investigador – acha que esse método ajudou na amamentação?

Mãe – eu acho que ajudou, acho que sim.

Investigador – Como? Quando fez o canguru ela chegou a mamar no seu peito?

Mãe – não, não mamou, foi só para estar mesmo. Ela tinha dificuldade em pegar. Ela não mama direito só no meu peito. Até teve algumas enfermeiras que puseram a tetina, para ela mamar através da tetina. Com a tetina e eu pressionei assim no peito e ela mamou com a tetina. No peito mesmo, ela não mamou direito. Nunca mamou direito mesmo. É importante retirar de três em três horas. Depois fica no frigorífico.

Investigador – foi importante o apoio das outras mães na amamentação?

Mãe – eu acho que sim. Por terem mais experiência. Algumas têm mais filhos e têm mais experiências com outros filhos. Acho que foi interessante. Aprendi com elas.

Investigador – Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação, foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?

Mãe – sim

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – sim. Era só que em relação à hora, há mudança de hora. O enfermeiro falou assim “ *olha, quando você estiver em casa você é que vai fazer o seu horário com ela*”. Tipo assim combinar os seus horários com ela. Aqui ela mamava de 4 em 4 horas. Aí é que eu não sei, tenho dúvidas se eu continuo as mamadas de 4 em 4 horas ou diminui ou como é que é? Teve uma enfermeira que falou que a criança pode ficar até 5 horas sem comer. Dormir por exemplo, se ela não acordar para mamar, não se deve acordar a criança para mamar. Então ela pode ficar 5 horas sem comer. Não tenho dúvidas nisso em casa.

Entrevista nº 4 – E4

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação.

Mãe – Bem a minha experiência, o bebé foi para os prematuros e eu no primeiro dia não fui ver o bebé, porque não estava em condições. E então não lhe dei leite logo, foi leite da lata, pronto... depois lá em baixo onde eu estava, incentivaram-me a retirar o leite e eu comecei a tirar o leite e a levá-lo para onde o bebé estava e foi alimentado as primeiras vezes pelo biberão. Passados uns dias passei a pô-lo ao peito, embora ele não conseguisse pegar ainda, porque era muito pequenino, pronto. Mas nesta fase já está a pegar bem no peito e eu sinto-me bem. Gosto muito de lhe dar. Não tenho problemas. Sinto-me bem a dar-lhe o peito e pronto... acho que está tudo bem.

Investigador - foi alimentado por sonda?

Mãe – por sonda sim, inicialmente com o meu leite. Sempre com o meu leite. Só no primeiro dia e que foi de lata. Senti-me muito ansiosa porque nós estamos no quarto com outras mães que tem os bebés ao lado. Nós não temos o bebé ao nosso lado, é um bocado complicado e isso prejudica a amamentação. Nós vemos os outros a mamar já nas mães e nós ficamos ansiosas, porque não podemos ter logo o nosso bebé para lhe dar o peitinho.

Investigador – o stress prejudicou a extracção de leite e a produção?

Mãe – eu penso que sim, que o stress afecta muito, tanto que o leite começa a não se soltar tanto...e pronto. Na Unidade falaram que o stress pode afectar muito.

Investigador – Fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé.

Mãe – incentivaram-me a extrair o leite de três em três horas. Porque se não extrairmos assim, com essa frequência, temos tendência a ficar sem leite. Ir tratar do nosso bebé também, é muito importante. Dar o banhinho, dar maminhos, falar com ele... pronto, acho que faz bem ao bebé e à mãe também (riso). Incentivavam-me sempre a ir à Unidade. Têm uns horários fantásticos, a mãe pode lá estar o dia praticamente todo e acho que é muito bom, muito bom.

Canguru, não fiz. Mas ouvi falar as outras mães aqui e elas estavam satisfeitas.

Investigador – satisfeitas pelo contacto físico com o bebé ou porque ajudava na amamentação?

Mãe – pelas duas coisas, pelas duas coisas.

Investigador – Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?

Mãe – acho que sim, acho que foram muito importantes. Acho que vamos muito mais seguras para casa para depois amamentarmos. Porque depois em casa não vamos ter uma enfermeira. Acho que vamos muito mais seguras. Acho que me informaram... incentivaram....acho que informaram de tudo mesmo. As vantagens... mesmo para o prematuro. As desvantagens... as vantagens são muito mais.

Investigador – Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.

Mãe – recebi todo o apoio, acho eu. Quando eu não me sentia segura... eles tentavam pô-lo ao peito. Colocaram o bebé à mama e entretanto nos primeiros dias ele não se adaptava muito, e eles próprios e que tentavam pôr o bebé ao peitinho. Ensinavam a observar a mamada. Ver se a bochechinha não fazer covinha e essas coisas todas.

Investigador – conhece outros sinais de que ele esta a mamar bem ao peito?

Mãe – o que me disseram logo, foi que nas 24 horas se as fraldas forem bem pesadas que ele está a aumentar.

Investigadores – Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação, foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?

Mãe – foi tudo muito bom. Temos uma estadia boa, muito boa, o comer também é muito bom. Os profissionais de saúde são impecáveis. Falam-nos de tudo, põem-nos a vontade para pôr-mos as nossas dúvidas. Eu gostei muito... muito. Temos uma salinha com duas bombinhas, onde extraímos o leiteinho. Ensinaram como pôr e identificar os biberões. Levar para a Unidade e guardar no frigorífico até o bebé necessitar desse leiteinho. Gostei muito...

Acho que todos são impecáveis, acho que me apoiaram em tudo o que precisei, nas dúvidas que tinha. Acho que vou bastante mais esclarecida. Com

um prematuro a gente tem muito mais dúvidas do que fosse um bebé... normal. Não é que eles sejam anormais mas, pronto. Mas acho que temos muito mais dúvidas, acho que aqui na Unidade vou bastante esclarecida.

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – actualmente sim, vou muito mais descansada. Os ensinamentos para a alta são muito importantes, porque ... embora já tenham ensinado durante a estadia como tratar o bebé e amamentar o bebé... esclarecem as nossas dúvidas finais no dia em que vamos embora. Pomos as nossas dúvidas todas e vamos muito mais tranquilas para casa. Gostava que houvesse uma sessão sobre amamentação. Acho que é um aspecto... embora nos tenham ensinado tudo, acho que uma sessão nos alertava... pronto... ainda nos ensinava mais coisas.

Entrevista nº 5 – E5

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação?

Mãe – Desde o principio? Eu não estava a contar nada que nascesse prematuro. Tanto é que tinha uma gravidez de risco, mas estava em repouso absoluto. Eu estava deitada e aconteceu...rebentou-me as águas... não estava a espera e... foi um choque para mim quando entrei na Unidade e vi a minha bebé toda entubada. Mas realmente tem profissionais muito bons que me puseram a vontade. Disseram que podia ser umas horas, como uns dias, mas que a bebé se... safava. Que a gente tinha que dar tempo ao tempo. Custou muito vê-la assim. Agora, digo sinceramente, estou muito feliz por em tão pouco tempo ter recuperado...excepcionalmente. Tem muito que percorrer mas mesmo assim foi uma grande ajuda... então quando comecei a saber que ia tirar leite para ela... não foi directamente, mas ajudou muito. Eu gostava muito de amamentar o meu bebé. Durante a gravidez fizeram-me o teste a prolactina e disseram que eu tinha alta e que eu poderia ter leite e eu sempre disse que sim, que se eu pudesse amamentar o meu bebé, amamentava.

Investigador – fale-me como foi alimentada no início.

Mãe – por sonda. Depois é que passou... a biberão correu bem e agora foi a peito e ele por acaso esta a pegar muito bem no peito. Isto para mim, saber que ela pega bem no peito, estou super contente.

Investigador – Fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé.

Mãe – eu no princípio só saia um bocadinho, será que vou dar só isto? Disseram que não. *“Fica descansada isto é só mesmo... até estimular o teu corpo no bebé e tu vais ver que pouco a pouco vais tirando mais”* (frase do enfermeiro para a mãe) e realmente, estou a ter muito leite, graças a Deus, para o meu bebé, poder amamentar bem

Investigador – fale-me das vantagens do leite materno?

Mãe – já tinha algum conhecimento, em termos de inteligência é muito bom, em termos de nutrientes, sei que o nosso leite é 90% de água mas pronto,

ajuda muito ... como hei-de explicar?...em termos de desenvolvimento. Eu, isso já sabia. Além de me disserem eu não fico chateada porque eu sei que estão a fazer o trabalho deles e estão a estimular-me mais a mim. As vantagens não são só para o bebé, são também para a mãe. Em termos de amamentar diz que o útero da mulher volta mais de pressa ao normal e também ajuda a pessoa a voltar ao peso normal.

Investigador – lembra-se do primeiro momento em que lhe incentivaram a extrair o leite?

Mãe – foi uma enfermeira do piso que me perguntou se eu queria dar peito. E eu disse que sim, se eu puder. Levou-me ao local da bomba e tirámos. Ensinou-me como havia de fazer os procedimentos, todos. Na Unidade, disseram onde eu podia tirar o material, que poderia ter ali o leitinho no prazo de 24 horas que dava. Eu não sabia do horário ao certo, mas sabia que podia guardar durante um tempinho. Tentaram me dizer as coisas, pronto.

Investigador – foi sempre alimentado com o seu leite?

Mãe – ao princípio não, não tinha que chegasse. Os primeiros dois, três dias, tive de ter uma ajuda. Porque o meu não chegava mesmo. Depois comecei a ter mesmo. Também fiz canguru. Foi uma sensação tão boa a primeira vez. Eu querer tocar nela e querer senti-la, para mim foi a melhor alegria que me podiam ter dado. Ela só tinha sonda, senão me engano, tinha o soro ligado. Oxigénio já não tinha.

Investigador – Estimulou-a?

Mãe – era bom para me estimular a mim e para o bebé. Em relação à amamentação, eu acho que foi no segundo ou do terceiro dia que o meteram que comecei a ter mais leite... mais abundante. Por acaso colocaram-no ao peito e ele pegou, por acaso pegou. Eu fiquei muito contente. Pensei que ela só fosse brincar ao peito, mas não por acaso pegou e mamou um bom bocadinho. Que eu não sabia qual era a sensação e fiquei a saber qual era a sensação. Gostei.

Investigador – os profissionais de saúde informaram-na sobre a amamentação?

Mãe – O meu próprio organismo já estava preparado para produzir o leite e ter um certo cuidado com a alimentação, mas mais desenvolvimento não houve.

Investigador – incentivaram a estar com o seu bebé?

Mãe – sim, sim... os horários estipulados mas sempre que pudesse. Estimularam a extrair o leite de três em três horas e durante a noite de quatro em quatro.

Eu quando vejo que o peito está mais rijo, é ao meu ritmo... de quatro em quatro. Apoiaram-me em termos de materiais.

Investigador – Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?

Mãe – foram, apesar de eu querer... foram. No caso de ele ser prematuro tinha mais dificuldades. Uma pessoa é... não é que seja inexperiente em termos de bebés mas é enquanto mãe. E como mãe nesse aspecto tive medo.

Investigador – fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.

Mãe – sempre que meteram ao peito o meu bebé, tiveram sempre ali e tentaram colocar o peito na boca e sempre a incentivar e não esmorecer. Que era normal por exemplo, pegasse agora no peito e tentasse descansar um bocadinho e largasse, para voltar a insistir. Sempre tiveram ali ao pé de mim.

Investigador – Ao pé de si?

Mãe – sim, sim...ajudaram a colocar na posição correcta, ajudaram em termos do meu posicionamento, e do bebé estar bem posicionado.

Investigador – e aprendeu?

Mãe – sim, quando ela está a mamar sinto-a a puxar e quando esta a brincar começa como... a querer tirar e meter o bico da mama, a querer brincar mesmo, como ela já fez. Por acaso a enfermeira.... (risos), não sabia mas ela explicou-me como era a boca de peixe, se ela estava a pegar bem no peito, para observar as bochechas dela.

Investigador – quer referir mais apoios que recebeu para amamentar?

Mãe – a Unidade Materna.... Eu vim para aqui, digo sinceramente, assim que entrei aqui comecei a chorar e fui muito abaixo. Cheguei lá baixo ao pé da minha bebé e disseram-me, uma enfermeira *“porquê que eu não ia a casa?”* Para arejar a minha cabeça e eu não quis. Não quis porque ia custar muito estar longe da minha bebé. Mas à medida que as horas foram passando, eu comecei a conversar com as colegas que estavam aqui (Unidade Materna) e vendo o caso delas, o meu era quase idêntico. Vendo o caso da minha bebé

em recuperação em comparação com o de uma colega que esta aqui há muito tempo. Imagino como ela deve estar, cansativa mesmo. E mesmo assim ela não desiste. Está mesma esgotada. Nota-se, mas é uma grande mulher. E todas o que estamos a passar, também acho que sim. É importante estar aqui (sala de amamentação), a gente conversa umas com as outras...como hei-de explicar? A gente já tem aquele horário, já sabe aquele horário, uma a seguir bem a outra. Estamos ali todas unidas. O material é sempre fornecido. Nunca me recusaram, sempre que peço trocam-me o material estão sempre disponíveis

É assim, eu em relação ao meu peito, eu tive dois, três dias praticamente a ter pouco, mas voltou a produzir mesmo muito... tanto que uma colega disse que eu era uma vaca leiteira (riso). Eu disse, ainda bem, mas nesse aspecto... vendo as colegas a produzir razoável. Mas tem aqui uma senhora que esta mais em baixo, produz menos, mas eu própria digo, não desanime, tem menos de gestação que a minha, isso também condiz com o nosso organismo, o meu estava mais preparado, tem mais semanas... ajudou. Em conversa entre todas, ajuda. Mesmo aqui entre colegas e lá em baixo (Unidade de cuidados intensivos), disseram que produzíamos para o tempo de gestação.

O stress prejudica e muito. No princípio pensava, será que eu vou ter só isto, será que eu vou ter leite? Será que não? o meu marido começou-me a disser, não penses assim. Ele vinha ter comigo e eu mostrava e ele dizia, pode ser que venhas a ter mais. Não penses assim. Se pensares assim ainda é pior. E vá lá, consegui. Consegui passar por cima, nesse aspecto

Investigador – os apoios dos profissionais foram suficientes e adequadas as suas necessidades?

Mãe – é assim, eu não vinha de olhos tapados, que é mesmo assim, já sabia algumas coisas. Ia sempre lendo sobre bebés, tudo, tudo o que eu pudesse aproveitar para ler, eu já me interessava muito antes de eu ficar grávida. Há coisas que já sabia. Agora ouvir os profissionais a dizerem-me ... eu já estava mais por dentro do assunto. Ajudaram a esclarecer e que tudo o que eu lia era verdade.

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – é assim, ainda tenho um bocado de receio, não em termos de eu amamentar. Não ter o profissional ao pé de mim e dizer faça assim faça assado. Eu tenho medo, depois em casa, será que estou a fazer bem? Será que não? Por exemplo, ela agora ainda se cansa muito no peito e eu não queria insistir muito. Se depois for preciso mesmo comprar bomba para ter casa. Dar por biberão. Porque ela mama muito bem no biberão. Porque como é ela a puxar, cansa-se mais um bocadinho e no biberão não tem aquele esforço todo. O leite por si, já corre mais. É assim, cada vez que me dizem “*esta quase a ir para casa, mais uns dias...*” isso dos profissionais estarem a dizer ajuda-me muito. Bom graças a Deus que se calhar, nos próximos dias eu vou dizer assim, é já amanhã que me vou embora?! Não, mas assim, só vou pensar, mais dois, três dias. Isso para mim ajuda-me muito, porque as saudades de casa também já são muitas. Apesar de cá estar à pouco tempo.

Entrevista nº 6 – E6

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação?

Mãe – Eu queria... pensava há anos atrás em ser mãe. Se calhar eu já quero. Quero bebés e não podia engravidar, porque tinha quisto. E agora também tenho na mesma (risos). Eu pensava que isto era um problema e foi ao médico. Ele disse que não era um problema grave para engravidar. Temos de trabalhar e nós trabalhámos (risos).

Fui de férias em Setembro. Se calhar as férias ajudaram, porque também trabalho muito e fico muito cansada. Fui de férias e depois em Novembro e Dezembro não veio o período e fiz um teste. Já sabia que estava grávida só que trabalhava na mesma, porque tinha de trabalhar. No dia de Natal foi muito complicado, Ano Novo, muito trabalho e depois no dia 8 de Janeiro... muito cansada e disse para o marido que se calhar eu vou querer descansar, porque estava de folga. À tarde fui fazer compras. Quando fui na casa de banho tinha sangue e eu pensava, já não há nada. Fui a Abrantes, o médico fez ecografia, e disse - *“tudo bem”*. Fez a ecografia durante tanto tempo?! Não percebo! (riso). Porque? Depois pergunta, *“você tem gémeos na família? Da parte do marido?”* Eu disse não, e disse, porque pergunta? Ele disse, *“eu vejo dói”*s (riso). Foi bom..., chorei, chorei, porque eu pensava que não há nada.

Depois disse para a enfermeira vai chamar a outra doutora. E a outra doutora também fez ecografia e começou a rir, eu não percebia porque. E disse, o que se passa? (risos). *“É mais um. Temos três”*. Foi um choque (risos). Foi um choque porque, tive perdas e depois logo, três!!! Já não podia ir trabalhar. Ela disse logo que não podia trabalhar, gravidez de risco. Uma semana foi na cama, não fazia nada, só ia a casa de banho fazer chichi. Depois estive de baixa. Depois em Fevereiro, mais ou menos dia 15, tive outra vez sangue. Foi ao hospital e tinha problemas nos rins. Muitas dores, uma semana internada. Gostei do hospital de Abrantes, todos simpáticos. Agora, ...depois de uma semana passou e já não tinha dores. Depois cada dia, cada dia, barriga muito grande. Já tinha cá consultas. O médico disse que era melhor cá, porque eram

três, muito complicado. As primeiras consultas foram boas porque a Dr.^a (nome) muito simpática. Gostei muito. As primeiras consultas tudo bem, tudo bem, depois Dr.^a (nome) disse que era uma menina, gémeas duas placentas. A menina gémea não cresce muito, tinha pouco sangue, não sei como. Cada consulta ela (Obstetra) disse-me o mesmo e o mesmo. Depois dia 18 de Maio tinha consulta e ela disse que era melhor ficar internada. Foi no piso 1, gostei muito, porque eram todos simpáticos. Já no piso 2, diferença muito grande. Todas dizem piso 1, 2 e 3 diferença muito grande. Piso 1 simpáticos, sempre. Fiz ecografias quase cada dia. Nas primeiras semanas custava andar porque não tinha força, depois, cada dia mais cansada. Barriga muito grande. Dr.^a (nome) disse que... a última semana antes tinha a tensão arterial alta e eu não tinha tensão alta. Ela disse, “*melhor tirar*”! Para mim e para eles, melhor tirar. Elas nasceram numa quarta-feira e eu fui na sexta-feira, porque não me podia levantar. Foi um choque porque nunca... não, fui antes, duas semanas antes fui à UCIRN para ver. Chorava também porque foi um choque porque nunca vi bebés tão pequeninos.

Eu vi e disse para o marido - são tão pequeninos, eu não percebo.

Investigador - quem lhe mostrou os bebés? Foram enfermeiros?

Mães – sim, foram. A enfermeira ... e também o enfermeiro. Depois, quando eu entrei, primeiro (nome da primeira gémea), depois (nome da 2^a) em terceiro (nome da 3^a). Primeiro as maiores depois ... foi um choque, porque, nunca vi bebés tão pequeninos e estes são meus, estes não são dos outros. Foi um choque grande, porque eu pensava... queria mais, mais tempo, não foi no tempo, não é? E tubos, tanta coisa, soros, tudo. Muito complicado. Nesse dia não falaram do leite, dois dias depois. Eu depois perguntei sozinha, porque no piso 3 ninguém me disse nada, queres, não queres tirar? Às vezes chamo... não sei porquê!? Porque não tenho bebés ao pé, ou não sei o que foi?!. Às vezes toco a campainha e não há ninguém, tanto tempo, não há ninguém. Ninguém me disse, tens leite? Só ouvi quando foi uma mãe para ao pé de mim. Ela disse – “*eu vou tirar o leite*”, e eu perguntei, se calhar eu também preciso, não é? Para ver, porque eu não sei quando há leite. Primeira gravidez, nunca....

Investigador – e na Unidade?

Mãe – eu já não me lembro. Eu no primeiro dia tinha só gotas e eu trazia (sorriso) o leite e pensava, se calhar não é bom, porque é pouco. Enfermeira disse que não, “*é bom. Isso ajuda muito*”. Eu já ...já é bom, porque eu sei que isso já é muita ajuda e gotas também. Outra vez perdi mais tempo para tirar, porque queria mais, porque penso já que gotas ajuda, se calhar é bom.

Investigador – então, sentiu que foi estimulada para extrair o leite.

Mãe – Bomba, funil, tudo. E eu vi, também ninguém me disse. Eu sozinha perguntei se há gotas? Também para ajudar. Porque eu vi uma mãe a aplicá-las e depois perguntei - o que é isso? Ela disse gotas, podes perguntar à enfermeira se pode dar-te. A enfermeira deu. E eu já tiro leite... cada dia, cada dia, mais que uma hora... e agora é mais fácil. Primeiros dias foram complicados e depois ...não me lembro, mas cinco dias com o peito muito duro. Duche com água quente e depois toalha com água quente....

Investigador – quem lhe explicou essa técnica?

Mãe – as mães que já sabiam alguma coisa.

Investigador – depois ia à Unidade levar o leite?

Mãe –. Sim. Cada dia mais. Já melhor. Eu tinha de escrever o nome, a hora e tudo. Eu já perguntava, quanto cada bebé tem de leite? E fazia contas e ficava contente, porque tinha para todas (risos).

Investigador – ficou contente?

Mãe – sim, porque tinha leite. Sabia que era bom e sabia que para bebés prematuros o leite era muito importante. Mais importante é que bebés prematuros... eu posso dar leite. Eu não pensava nada, só que preciso de leite e pronto. Preciso de leite para eles e pronto (riso).

Investigador – porquê?

Mãe – porque há muitas vitaminas que ajudam a crescer e para todo o organismo. Porque o outro leite não ajuda tanto os bebés como o leite da mãe... materno. Eu tenho um livro que explicava isto tudo. Eu tenho um livro grande que tem tudo, até a gravidez e o corpo humano.

Investigador – Alguma vez lhe disseram que estava a produzir leite para um bebé prematuro?

Mãe – sim, sim. Muito importante. “*Quando a senhora puder, tem de fazer de tudo, ter cuidado e não fazer nada que depois possa fazer... não fazer nada mal, fazer só coisas boas para ajudar a ter leite*”.

Investigador – o seu leite inicialmente era dado pela sonda?

Mãe – Sim, nos primeiros tempos, eu perguntava porquê é assim? Leite? Porquê sonda?

Investigador – Foi informada pelos profissionais?

Mãe – sim, para perceber. Claro, eu não percebia porquê sonda. Tinha medo. Pensava, isto provoca dor!? (riso).

Investigador – fez canguru?

Mãe – sim. E canguru ajuda. Às vezes, quando eu faço canguru e depois vou tirar leite, tiro mais leite.

Investigador – alguma vez fez o leite por sonda enquanto fazia o canguru?

Mãe – sim, foi.

Investigador – e no peito?

Mãe – não, no peito não. Só no berço. Ninguém me disse, eu também não sabia que no peito pode ser.

Investigador – poder estar sempre que quisesse na Unidade foi um incentivo para amamentar?

Mãe – sim. Eu ficava muito tempo. Só não gostava de uma coisa e agora também não gosto. Na hora da manhã... se calhar ninguém gosta, porque é quando há mais tempo para dar maminhos e dar o banho, para ver tudo, porque...bebés sempre dormem e comem. E quando esta na hora do banho, tem olhos abertos e tudo, mais giro, mais... vais embora (risos)!

Investigador – foi importante ser ensinada pelos profissionais de saúde a cuidar dos bebés?

Mãe – sim, isso é importante, porque três bebés tinham infecções e eu tinha medo, sempre a lavar as mãos e tudo. Agora, cuido das três. No primeiro tempo não sabia como fazer. Só lia tudo. E depois, perguntei um dia, posso ver temperatura? Sozinha? O enfermeiro perguntou, “a mãe sabe”? Sabe (riso). E o resto? Posso fazer isto? “A mãe sabe”? Sabe (riso). Em relação à extracção do leite, eu perguntei e eles disseram, cada três horas, para estimular. Três horas! É bom três, quatro. Eu também não sabia que horas, porque no primeiro tempo não tinha leite e eu penso para quê tirar, senão há nada? Para quê tirar? Depois perguntei, e eles disseram, há ou não há, cada três horas tens de tirar.

Investigador – Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?

Mãe – foi importante eu posso perguntar e alguém que sabe pode explicar. Por que às vezes...

Investigador – sentia-se mais segura? Sempre lhe responderam as suas perguntas?

Mãe – sim, sempre que eu perguntei, sempre. Eles sempre perguntaram, sabes não sabes? (riso).

Investigador – Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.

Mãe –

Investigador – foram colocados ao peito?

Mães – sim, já todas foram ao peito, mas uma bebé mama e as outras um bocadinho, porque não têm força, nem uma nem outra.

Investigador – quando as colocaram ao peito, explicaram como seria uma boa mamada?

Mãe – sim, eu primeiro... eu tinha o livro e li. Sabia que era melhor primeiro um peito até ao fim e depois o outro. Depois perguntei também, porque eu vi isto num livro e eu que devo perguntar. Leite primeiro tem umas coisas, vitaminas, o segundo tem mais gorduras. É bom tudo... é bom um peito até ao fim para mamar e depois o outro. Foi uma senhora enfermeira (riso) que explicou primeiro, a enfermeira (nome) (risos). Eu não sabia como mama, mas eu sentia o leite a sair. Só não sabia que, eu posso olhar o bebé e posso ver que ela mama bem ou mama mal. E já sei tudo.

Investigador – os bebés foram colocadas ao mesmo tempo no peito pelos profissionais de saúde?

Mãe – sim...eu fiz uma vez. Foi a enfermeira (nome) e a enfermeira (nome) não lembro, enfermeira (nome). A (nome de uma das gémeas) queria mamar, chorava e (nome de outra gémea) também. Eles disseram, vão as duas. Duas meninas e explicaram a posição para as duas, porque eu não sabia. Pode ser assim? Pode ser assim? Foi bom, gostei (riso) duas ao mesmo tempo.

Investigador – é bom ter uma Unidade Materna ao dispor das mães?

Mãe – sim, foi bom. Ter um quarto ajuda muito. E também quando há outras mães.... Estou na UCIRN tanto tempo, depois vais almoçar ou tirar o leite, quando estou sozinha, só pensas em problemas, problemas.... Quando já há outras mães, já vamos falar todas... é melhor.

Investigador – sente-se apoiada pelas mães?

Mãe – sim, sim. Só quando entrei para cá, foi um choque. Porque estava muito escuro, não há luz (riso). É bom, é bom porque não estou sozinha, não estou sozinha com este problema. Há outras... podemos falar e cada uma tem o seu problema, tem a sua vida, já o tempo passa mais depressa (riso). Tens sítio onde podes tirar leite à vontade, não tens pressa. Adaptei-me bem às bombas. Uma vez tinha sangue, não foi muito e tinha dor, agora já está bom. Agora já vou para casa, não sei o que fazer. A máquina aqui é eléctrica (riso). Em casa não há máquina. Eu tenho uma manual. Uma vez que fui a casa e já comprei. Os enfermeiros da UCIRN todos explicaram que pode ser leite no frigorífico 24 horas e o leite congelado, quando a arca é boa pode ser meio ano, quando tem frigorífico, um mês, um mês. E depois como tenho de descongelar, que é melhor pôr o leite em água quente. Ele tem de descongelar na porta do frigorífico e depois... eu já sei isso tudo (riso). Já é melhor, porque em casa, posso fazer isto à vontade. Em termos de refeições foi muito importante, porque estou muito longe. Não é muito longe, só que quero ficar ao pé dos bebés. Eu não percebo quem vai para casa tanto tempo, não percebo! Eu sei que eu quero vir e pronto. Às vezes estou cansada e penso agora neste horário não vou para baixo (UCIRN), mas depois fico 10 minutos... não! Eu quero ver (riso), não posso... (riso).

Investigador – assistiu a alguma formação no serviço

Mãe – sim, gostei muito, só que não percebo algumas coisas. Já vi... primeiro lavagem das mãos, depois foi... e mais uma, não me lembro. Foi tudo para explicar. Depois, cuidados com os bebés em casa.

Investigadores – Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação, foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?

Mãe – eu gostei de... fui muito ajudada, todos simpáticos. Não sei, eu tenho que se calhar dizer, obrigada, obrigada, obrigada, toda a vida. Porque isto é muito importante.

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – tenho medo, tenho medo. Não tenho medo para tratar dos bebés. Tenho medo que possam chorar os três ao mesmo tempo. Não tenho seis braços (riso). Tenho medo disso. Eu já não tenho medo de dar banho, peito, ... não tenho medo. Eu já sei que percebo disso, posso fazer sozinha. Não tenho medo, só quando for febre ou outra coisa, tenho de telefonar ao médico.

Investigador – E sobre a amamentação?

Mãe – eu sei que tenho cá consultas. Ninguém disse que posso telefonar, só que tenho número de telemóvel. Eu vi que... não me lembro quem foi... que uma mãe telefonou para cá. E eu pensei, se calhar também posso. Às vezes quando há dúvidas, posso, não é?

Entrevista nº 7 – E7

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação?

Mãe – tem sido muito boa no que diz respeito ao contexto de ser mãe, não é? Porque quando tem os bebés. E tem sido a melhor experiência da minha vida. É maravilhoso contribuir para o desenvolvimento de um bebé tão pequeno, ...dos dois bebés tão pequenos. Não tenho gémeos na família, nem da minha parte nem do marido. Nunca foi uma realidade sequer que eu colocasse. A gente pensa em muitas coisas, não consigo engravidar, se tenho algum problema? Mas, gémeos? Nunca foi uma realidade que me passasse pela cabeça. Quando soube fiquei um bocadinho aflita (riso). A primeira reacção foi de aflição, mas depois fiquei muito contente. Logo a seguir, também temos medo, será que vou ter leite? Será que vou amamentar? pronto. Mas graças a Deus...

Na Unidade foi complicado, porque ter um bebé e depois ir para o quarto com uma mãe com o bebé ao lado e os nossos não estão lá, é complicadito. Depois ir à Unidade de Cuidados Intensivos e depararmo-nos com aquela realidade. Que é tão desconhecida porque, nunca na minha vida vi bebés tão pequenitos como o que se passa aqui. E ver que as minhas bebés também estão lá e que são dois “ratitos” tão pequenitos (riso), custa um bocadinho, mas rapidamente apercebi-me que dentro daquela realidade que até tive muita sorte, porque há situações bem mais complicadas e estou contente.

Investigador – fale-me o primeiro dia na Unidade? Foi incentivada a ir à Unidade?

Mãe – sim, explicaram-me logo que eu tinha acesso 24 horas e poderia sempre que quisesse ou que necessitasse visitar, podia ir lá ver as bebés. Isso foi logo explicado.

Investigador – incentivaram-na logo a extrair o leite?

Mãe – Não. Na parte do internamento, no outro lado é que no primeiro dia... as bebés nasceram de manhã e uma enfermeira esteve comigo e disse que como naquele dia tinha levado epidural para não andar muito em pé, para não pensar

no leite naquele dia. Depois no outro dia para tentar ir à bomba, para ver se conseguia ter alguma coisa. Entretanto, depois de manhã foi comigo, mas não explicou a importância, isso não explicou. Quando levei o leite para a Unidade é que me perguntaram que de quanto em quantas horas é que estava a tirar e eu disse que não estava a tirar de hora em hora nenhuma (riso). Porque não sabia, não sabia que devia tirar de três em três horas. Depois a senhora da Unidade, a enfermeira da Unidade é que me disse, que eu devia tirar de três em três horas para pôr no frigorífico. Que se podia guardar durante 24 horas e isso foi-me explicado na Unidade.

Investigador – Fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé.

Mãe – eu nem sequer sabia que aqueles bebés tão pequeninos (riso) já podiam receber o nosso leite. Pronto, fiquei logo muito contente. Toda a gente me disse que não havia nada melhor, não é? Aliás quando tirei o primeiro bocadinho de leite ia para o deitar fora. Porque o via com uma cor tão esquisita que achei que estava estragado, ate que, a enfermeira me disse que era a parte mais importante. Era o colostro que era muito importante para elas. Rapidamente eu percebi que ter leite era uma grande vantagem para as bebés. Para o crescimento, para as defesas, creio eu?

Investigador – alguém a informou que estava a extrair leite para bebés que nasceram antes do tempo?

Mãe – sim, sim.

Investigador – Lembra-se de outras vantagens para além das que mencionou?

Mãe – esta vai parecer um pouco egoísta, mas a vantagem... eu lembro-me da enfermeira me dizer que, quanto mais leite eu tivesse para elas mais cedo iria para casa. Porque o crescimento e o desenvolvimento são mais rápidos. Foi o que mais me marcou. A gente só pensa nisso (riso), poder levá-las para casa. Alias é muito triste ir para casa, ter alta e não levar os bebés, custou um bocadinho. O primeiro dia custou muito. Mas eu sinto que estou a aprender todos os dias que estou aqui. E tenho a certeza que quando levar as minhas bebés para casa, vou muito melhor do que as mães que tem os bebés ao lado delas no internamento. Isso tenho certeza absoluta. Não é fácil tratar de um bebé. A gente pensa que é tudo intuitivo, mas não é. O pegar, o saber dar

banho, amamentar, a cabecinha como é que fica, o tapar o nariz ou não tapar... é muito importante. Tem sido muito importante a minha estadia ali e o poder participar nisto tudo.

Investigador – fez canguru?

Mãe – não, não foi preciso, creio eu, porque elas tiveram na incubadora só uma horitas, passaram logo para o berçário. Elas nem sequer dormiram... na primeira noite já foi no berçário. Nunca fiz. À bebé?! Deram-me logo no primeiro dia. Pude pegar. Porque eu só me pude levantar ao fim do dia e quando cheguei lá para as ver, já a (nome) estava no berço e estavam para retirar a (nome da outra gêmea), então fui eu que retirei a (nome) da incubadora e a levei para o outro lado. Portanto, pude logo pegar nelas logo no início. A (nome) ainda agora não mama só peito e biberão, de vez em quando adormece e não consegue beber tudo. Ela cada vez que vem ao peito, nota-se que é só para estimular.

Investigador – E foi um bom estímulo para a produção de leite?

Mãe – tenho, tenho... sinto, sinto.... A M..... (nome da bebé) hoje tem mamado sempre no peito e eu passado uma hora de ela ter mamado, venho tirar leite! E ela tinha acabado de mamar. Nunca tirei tanto leite para o biberão como hoje!

Investigador – Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?

Mãe – então não são?! São muito importantes, porque, eu sinto-me muito segura. Sei que posso pegar nelas e pô-las no peito. Já sei mais ou menos como devo fazer e sinto que... mais à (nome da bebé) que chega, pega e está ali meia hora e se for preciso aguenta muito tempo a dormir. Sinal que ficou satisfeita.

Investigador – Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar?

Mãe – no início, fazia extracção de leite lá em baixo (puerpério). Entretanto quando tive alta, comprei uma bomba para durante a noite em casa, uma bomba manual. Durante o dia estou aqui o dia todo e venho tirar aqui o leite (Sala de Amamentação). É uma grande vantagem até porque as bombas são eléctricas (riso). O material é bom. A primeira vez que vim cá (Unidade

Materna), inclusive, veio uma auxiliar comigo. Explicou-me tudo, onde é que era, como funcionava, os horários, que podia entrar em qualquer hora.

Investigador – a primeira mamada foi observada?

Mãe – Sim, sim a primeira vez. A primeira vez foi com a (nome da bebé). Com a (nome da outra bebé) ensinaram como era. Ela devia ficar, mas como ela está ali mais para estimular, não mama muito. A (nome da bebé) como já mamava bem no biberão, a primeira vez que decidiram dar só mama, estiveram ao pé de mim. Ensinaram-me... mais inclinada, o nariz para ela poder respirar, sempre que a bebé parava, para deixar, para não forçar, para descansar um bocadinho, a boquinha de peixe (riso), a bochechinha....

Nós sabemos também, que quanto mais peso melhor ficam, mais defesas têm. A (nome da bebé) hoje só tem feito mama mesmo. A (nome da outra bebé) hoje, pela primeira vez, tem feito o dia todo biberão. Hoje ainda não foi preciso usar a sonda. Todos os dias têm aumentado. Hoje a (nome da bebé) não aumentou nem perdeu, ficou na mesma. Mas a (nome da outra bebé) foram 50 gramas (riso), foi bom!

Investigador – reconhece alguns sinais que evidenciam aumento de peso?

Mãe – a mim disseram-me dois aspectos. Primeiro, ver o período de tempo que ele dorme. Se dormir muito é sinal que ficou satisfeito, portanto, não é motivo de preocupação. E o outro, pelo peso da fralda. Se tiver muito chichi sinal que está bem, está tudo a funcionar bem, se virmos que a fralda está levezinha, sinal de preocupação, não é?

Investigador – foi apoiada no armazenar do leite?

Mãe – sim, tem de estar sempre no frigorífico. Para aqui tem de vir sempre numa arquinha fresquinha.

Investigador – assistiu a alguma formação no serviço?

Mãe – assisti.

Investigador – gostava que existisse alguma acção de formação sobre amamentação?

Mãe – sim gostava, gostava muito. Porque quando se tem um bebé, eu acho que é o que mais nos preocupa. Eu apercebi-me... eu só neste momento é que me estou a preocupar, porque até agora eu tinha sempre a certeza que elas mamavam aquela quantidade certa, não é? Só agora é que eu estou a sentir

essa preocupação com a (nome da bebé), porque ela mama e eu não faço ideia se mama muito, se mama pouco. Eu apercebi-me do tempo que estive internada, tive com três mães, uma que apanhei já de saída, outra que nasceu no mesmo dia que as minhas, mas saiu mais cedo e no fim a terceira mãe. De todas elas a única coisa que preocupava, que falávamos constantemente era na amamentação. Porque o leite não é bom, de certeza, porque é muito fraco, a bebé esta sempre a chorar, o que se passa? De certeza que não tenho leite e estou aqui.... Eu noto que é uma preocupação geral.

Investigador – Sim!?

Mãe – é, agora é. Agora começa a ser. Embora eu veja que quantidade, tenho porque também tiro na bomba, agora qualidade não sei se tenho. Vou tendo uma ideia aqui, porque elas vão sendo pesadas todos os dias, mas em casa se calhar, já me vai faltar esse apoio.

Investigadora – alguma vez as colocaram ao peito simultaneamente?

Mãe – não, eu perguntei hoje, como se começou a falar que se calhar segunda ou terça vou para casa, agora começam a surgir as dúvidas e os medos. Eu hoje perguntei por acaso, perguntei como é que eu fazia em casa, com duas bebés a amamentar. Se era cronometrado, cada uma um bocadinho numa mama, depois a outra na outra mama, não fazia ideia. Então deram-me algumas sugestões, ou realmente, uma mama para cada um, mas pareceu-me ao mesmo tempo... esta parte não percebi muito bem. Porque a enfermeira que me estava a explicar disse logo que era difícil, que não era fácil de conciliar os dois na mama na mesma mamada. A sugestão que me agradou mais foi continuar a tirar, à mesma hora, uma mama no peito outra mama biberão e na outra mamada seguinte fazer ao contrário. É sempre leite meu, enquanto puder e fazer assim alternado. E assim também é bom porque o pai também pode colaborar um bocadinho.

Investigador – Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação, foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?

Mãe – foi, então não foi importante?! Foi muito.

Investigador – os ensinamentos para a alta em relação à amamentação são importantes? Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar as suas filhas?

Mãe – sim, sim. Ainda não falaram, não sabia. Mas são muito importantes, porque enquanto nós andamos por aqui a tratar deles, por muito à vontade que possamos parecer ter, dar banho, mudar fraldas e... quando se diz amanhã vai para casa, e um medo que nos invade, que é uma coisa assustadora, mesmo. Porque, uma coisa é estar ali, há qualquer dúvida, vocês estão sempre ali, não é? Outra coisa é estar em casa sozinha. Quanto maior for a quantidade de informação que possamos levar para casa, maior é o descanso. E eu acho que também é muito importante a nossa tranquilidade. Porque se formos para casa com a noção que sabemos a importância das coisas e que sabemos lidar com as situações, mais tranquilos estamos, mesmo que não precisamos de utilizar essa informação toda, mas dá-nos alguma tranquilidade.

Queria, queria acrescentar que nunca pensei que num hospital público que houvesse assim uma equipa tão aberta na qual nós podemos participar numa etapa tão bonita das nossas vidas que é ser mãe e ser pai. Estou muito contente e agradeço muito tudo o que tem feito.

Entrevista nº 8 – E8

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação?

Mãe – tem sido boa, tirando alguns problemas como perder o leite principalmente nesta fase. Tem sido um bocado medroso. Acho que faz parte, pelo menos de mim amamentar

Investigador – Faz parte de si?

Mãe – sim, já conhecia as vantagens do leite materno. Para um prematuro não, mas depois de falar cá em cima com os enfermeiros, ainda é mais importante do que para os bebés grandes (riso). Mas, acho que para os prematuros ainda é mais importante para criar mais defesas.

Investigadora – como foi o primeiro dia que entrou na Unidade?

Mãe – foi um bocado complicado, porque... como é que hei-de explicar? Já há quatro dias que eu andava a pedir para ver, só depois é que me deixaram e era a emoção e ao mesmo tempo o medo, o receio daquilo que eu iria ver. Mas ao mesmo tempo foi bom de ver com os meus olhos...estava tudo bem, portanto...sempre fiquei mais calma

Investigador – como foi a alimentação dela no princípio?

Mãe – era já com leite materno

Investigador – incentivaram a extrair o leite materno?

Mãe – sim, na cirurgia onde estava. A enfermeira falou comigo, vamos começar a estimular o peito. Eu também tinha perguntado em extrair o leite e depois o pediatra também telefonou para começar a amamentar o bebé. Preocupei-me se tinha leite, porque na primeira vez que extrai o leite foi tão pouco, fiquei um bocado assustada e perguntei, se era normal ter tão pouco leite (riso). Depois a enfermeira disse-me que era normal. Para continuar a estimular o peito, depois de três e quatro horas no máximo por dia.

Investigador - sabia que a sua bebé no início não podia ir ao peito?

Mãe – sabia, era muito pequenina, estava muito frágil. Só quando ela começa-se a fazer sucção e tivesse semanas para isso. Na altura foi o enfermeiro

(nome) que me explicou as condições...como é que ia ser. Depois compreendi que ela não podia vir ao peito, tinha que ser pela sonda. Eu compreendi isso, que era para o bem dela.

Investigador – Fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé.

Mãe – extrair o leite. Eu também acho que é o melhor para ela. Também me incentivaram a pô-la ao peito, também soube pô-la ao peito. Ainda não estava em condições, com 30 S.G ainda era pequena, mas veio ao peito e ele fez a sucção muito bem. Ela sucção tinha, não tinha era semanas de tempo. Depois puseram ao canguru e ela procurou logo o peito (riso). Sim também pelo cheiro do leite e da procura

Investigador – então, acha que o canguru a ajudou?

Mãe – sim, porque acaba por incentivar, acabamos por ir buscar mais força pensando que é o melhor para o bebé. Deixa-nos muito mais calma, eu pelo menos falo por mim. É sempre diferente nós chegarmos ali e vê-la e não podemos tocar e quando começamos a fazer é totalmente diferente.

Acho que o horário também é bom para os bebés poderem descansar mais, acho que é um horário razoável. Acho que sim, facilitam, às vezes deixam-nos estar fora de horário, facilita muito. Acho que sim.

Investigador – gosta de estar na Unidade?

Mãe – sim, acaba por aprender como é que vamos fazer as coisas com os nossos filhos. A maneira de não os prejudicar em nada, coisas que temos de aprender e incentivarmos a fazer também é muito bom.

Investigador – falaram-lhe das vantagens do leite materno para o prematuro? São diferentes para o ...?

Mãe – não diferente não, só disse que era importante. Acho que foi o Dr. (nome) que esteve a falar comigo, disse que... eu tinha muito leite na altura e disse que era muito importante, nem que fosse pelo menos até aos dois meses era muito bom, mas se fosse até aos quatro ainda era melhor. De resto, só disseram as vantagens normais, que já conhecia.

Investigador – observaram a primeira mamada?

Mãe – houve a enfermeira (nome), foi uma das enfermeiras que incentivou mais. Esteve presente, ao princípio esteve e quando se afastava estava sempre a ver se ela estava a mamar, se estava tudo bem.

Investigador – Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho? Sem incentivos como seria?

Mãe – acho que era muito mais complicado, não sei, acho que ia muito mais abaixo do que aquilo que eu fui. Que é uma situação muito complicada. O facto de nós tocarmos, o facto de nós estarmos presentes em tudo, acho que nos dá mais força para continuar... neste tempo todo. Acho que nos acaba por ajudar muito...na amamentação.

Investigador – Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar.

Mãe – a enfermeira (nome), mas foram poucos. Gostava que fossem mais compatíveis (riso) com as coisas que dizem. Acho que alguns são de acordo que vá ao peito que é para estimular o bebé e também o peito. Outros que já não, porque são pequeninos. Há ali uma ...discrepância e acaba por... nós acabamos por ter receio, será que é bom? Pô-la ao peito já? Será que vai prejudicar? Acaba por nos assustar um bocadinho, será que nós estamos a fazer bem?

Chegar aqui de manhã tirar o leite e depois passar de três horas, sempre passar de três horas tirar o leite. Ia para o frigorífico para amamentar, 24 horas e falaram também da higiene. Em relação à Sala de Amamentação é importante por também é complicado nós não termos um sítio para tirar, sempre ajuda-nos muito. É importante. As condições são mínimas...mínimas? São boas, não são... e o facto de descansarmos, porque acabamos por descansar um bocadinho. Porque passar aqui o dia (riso) é muito complicado. Acabamos por conhecer outras mães, também o convívio...

Investigador –é importante o convívio com as outras mães?

Mãe – É, nós falarmos cada uma com os seus casos, acabamos por aprender muito e ajudarmo-nos umas as outras. Acabamo-nos por apoiar umas as outras, porque uma queixava-se que não tinha muito leite e nós apoiávamos muito. No meu caso disse para não me preocupar para ir tentando, para não desistir. Tentar descansar mais, porque é muito cansativo principalmente o psicológico. Acaba por prejudicar um bocadinho porque tinha muito leite e agora já (riso) ...estou sempre com aquele receio de ficar sem.

Investigador- e o facto da bebé ir agora mais ao peito não ajudou a aumentar a quantidade de leite?

Mãe – sim, estou agora a tirar mais um bocadinho.

Investigador – Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação, foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?

Mãe – quer dizer, não foram muito os incentivos, gostava que fossem mais. Mesmo agora eu tenho de perguntar se posso pô-la ao peito. Acho que fazia parte deles, muito dos enfermeiros, visto que ela vai para casa, estimulá-la mais ao peito. Lá está, a discórdia entre os enfermeiros, uns dizem que sim, que é bom ela ir ao peito, outros já dizem que não que é pequenina que fica cansada. Isso acaba por nos confundir um bocado, porque por ser pequenina, será que estamos a fazer bem? Aquilo que eu já referi. É sempre aquela.... Em relação à amamentação acho que sim, que devia haver mais apoios mais coordenação entre colegas. Porque estarem a dizer uma coisa e passado mudança de turno já nos dizerem outra. Torna-se muito... faz-nos pensar e ainda nos cansa mais. E ficamos sempre com aquelas dúvidas e com aquele medo, com aquele receio de fazer bem, se é assim que devemos de agir.

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – Estou confiante, senão tivermos confiança é pior. É uma coisa que eu quero, pelo menos amamentar até onde der. Porque acho que é muito importante, tanto para nós mães como para eles.

Investigador – Os ensinamentos para a alta são importantes para o esclarecimento de dúvidas sobre amamentação?

Mãe – só falaram sobre os cuidados de higiene, do peso em relação à amamentação não houve, ainda. Só falaram da higiene dos cuidados com as roupas, ver a temperatura.

Investigador – gostava que existisse alguma acção de formação sobre amamentação?

Mãe – acho que sim, acabamos por aprender mais... acho que nos esclarecia mais as dúvidas que temos em relação à amamentação, porque acabamos por ter dúvidas. Porque lá está, os médicos e enfermeiros nos dizerem coisas

diferentes. Se houvesse estudos sobre a amamentação, acho que nós acabávamos por aprender. Porque nós aprendemos o básico, falta... acho que há sempre aquelas dúvidas que ficam por esclarecer sobre a amamentação.

Entrevista nº 9 – E9

Investigador – Fale-me como tem sido a sua experiência em amamentação?

Mãe – Tudo começou a partir do nascimento da bebé. Durante os dois primeiros dias eu não me consegui levantar, porque tinha um pouco de anemia. Senti muitas tonturas, não consegui sequer levantar-me. Pronto, ao terceiro dia já consegui levantar-me, foi incentivada a fazer a extracção de leite com a bombinha, mesmo no bloco (piso) onde estive internada. Pronto, a enfermeira acompanhou-me, ensinou-me onde é que estava os instrumentos (riso) e tudo aquilo que necessitava. Inclusivamente deu-me um spray, acho que é a ocitocina para fazer esse estímulo. Fiquei muito assustada no início, porque achei que só tirei para aí uns 5 a 10 ml, de uma coisinha (riso) muito amarelinha (riso), que eu já sabia a partida que se chamava colostro e que tem algumas características. Pronto, a partir daí a quantidade de leite foi aumentando e tenho continuado a extrair o leite para fazer a alimentação da bebé. Fui à UCIRN, sim. É lá onde a gente deixa o leitinho para o bebé e pronto, tem sido assim a minha experiência. Em relação a tudo isto, é assim, pronto, a bebé saiu da incubadora foi então ... porque na incubadora começou logo a ser alimentada... no início, não com o meu leite porque não o tinha, mas a partir daí foi logo alimentada na incubadora. Depois passou para o berçário e continuamos a fazer, inicialmente com o biberão, depois com o peito. É assim, o meu peito não é muito interessante, porque não foi fácil a bebé pegar no mamilo, não tenho mamilos em condições (riso), são rasos. Embora tenha sido bastante ajudada pelos diversos enfermeiros que estiveram lá e que incentivaram bastante para o fazer e que era a melhor solução. Não precisamos de andar com biberões, esterilizadores, nem aquecer o leite que já está à temperatura. Só que entretanto... pronto, não foi fácil, tentamos então estimular os mamilos, o bebé conseguiu pegar por duas ou três vezes. Depois também fomos tentando aqueles mamilos de silicone. Só que entretanto a bebé começou a perder peso. Não sei se por essa razão se por outra (riso) e então,

pronto, a equipa alterou, digamos, a forma de amamentar e passaram a dar-lhe só pelo biberão, para ver se havia um aumento de peso. Confesso que nessa altura fiquei um bocadinho... baralhada, porque achei que estavam a tentar dar demasiado leite à bebé, de uma vez só. Não percebo nada disso, não é? É visto de fora, de quem não percebe nada e nem sequer estou a questionar a competência de ninguém. Antes pelo contrário. Também não resultou, porque ela também começava a bolçar um bocadito e então houve alteração outra vez da estratégia. Puseram-lhe uma sondazinha e esteve com a sonda durante um dia em que lhe dávamos o biberão. Porque ela também é muito preguiçosa. Ela adormece a meio e mamava muito pouquinho. A ideia era dar-lhe o biberão, ela mamava do biberão aquilo que lhe apetecia sem fazer esforço nenhum, ou não estar a empurrar o leitinho lá para dentro. E depois mediante a prescrição médica o restante seria colocado na sonda. E foi assim que se fez. Houve uma altura que ela estava, assim, mais dorminhoca e nem sequer a acordavam, que já estava a passar as horinhas da... pronto, entre uma mamada e outra. Foi colocada por uma ou duas vezes só por sonda. E pronto, a bebé acho que recuperou, porque no outro dia parece que acordou cheia de fome (riso). E agora está novamente em regime livre e tem sido assim. Gostava que realmente até à alta tentar novamente peito. Não sei se vai ser possível ou não fazer isso. Também senão for agora, talvez mais tarde com a ajuda depois de um pediatra ou de outros profissionais no centro de saúde, quando a bebé estiver mais crescida. E no fundo, tem sido esta a experiência que tenho tido agora. Depois estou numa fase (riso) ...estou eu a estudá-la também. Ver realmente o tempo que ela demora entre as mamadas. Já sei... já me foi explicado que não deve nesta fase ultrapassar as quatro horas. Ver o que realmente lhe apetece, quando é que ela tem necessidade de arrotar a meio das mamadas, pronto, estou numa fase ainda, de experiência minha, para me sentir mais segura, para depois em casa tudo correr bem.

Investigador - Fale-me dos incentivos, estímulos, conselhos e informações que recebeu para poder iniciar a amamentação do seu bebé

Mãe - Senti desde o piso em que estive, até aos profissionais da UCIRN que realmente... confesso que uns mais do que outros (riso). Falamos de uma percentagem, em dez, se calhar nove tive bastante apoio. Se calhar em um, não senti tanto esse apoio. Nunca mais contactei com esse profissional, se

calhar até foi impressão minha, não é? Pode não ser nada disso, não me estou a queixar, é apenas um comentário. É uma impressão minha, percebe? Naquele dia fiquei um bocadinho perdida, porque tinham dito que ela estava em regime livre e depois numa mudança de turno, já não foi, já me acordaram a bebé. Ela até acordou estremunhada (riso). Estava habituada a estar a dar-lhe peito. *“É melhor não dar peito, é melhor dar biberão, sim porque amanhã vai ver o peso que ela tem”!* (mãe refere uma frase de um profissional). Fiquei baralhada, percebe? Confesso que é a única coisa (riso) que tenho de menos positiva da UCIRN. Posso estar errada, porque se calhar não me foi explicado da maneira mais...não sei, confesso que me senti muito perdida naquele momento e não me senti nada apoiada. Pode ter sido um momento, pode ter sido impressão minha. Como disse nunca mais contactei com esse profissional para mudar a minha imagem que tinha dele. E quando eu digo dele, dele ou dela (riso), pronto. É a coisa menos positiva que tenho a acrescentar. De resto todas as pessoas com quem eu tenho contactado sempre me apoiaram, estimularam, vão dando informações, respondem às questões que eu coloco. Sinto-me bastante elucidada, desde a conservação do leite, a melhor forma de preparar o leite caso acabe o leite materno, o que deve fazer, que tipo de leite utilizar, a maneira mais correcta de esterilização dos biberões, tudo. Em relação as vantagens do leite materno, falaram também. É assim, se calhar já tinha noção dessas vantagens. Desde o facto de o leite, não só para a mãe mas para o bebé. Porque aumenta as defesas do bebé. Já tinha algumas noções, mas, qualquer das maneiras foi alertada exactamente para isso. Desde o dia que eu a vi, ainda estava na incubadora, realmente aquilo (riso) a gente chega ali e até tem medo de tocar. Falaram-me aqui na Unidade que... agora falta-me o termo, ...da inter-ajuda ou da parceria de cuidados. Agora praticamente sou eu que cuido (riso), sou eu que cuido?! Não, (riso), mas praticamente sou eu que faço as coisinhas que posso e que sei. Nesse aspecto, gosto muito de estar lá. Se calhar até estou lá tempo de mais. As vezes até tenho medo de... sei lá, de pensarem que estou a vigiar, percebe (riso)? Mas pronto, gosto de estar.

Investigador - Os incentivos dados pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram importantes para amamentar o seu filho?

Mãe - Sim foram, porque nos ensinaram a fazer as coisas e a fazer as coisas da forma mais correcta.

Investigador - Fale-me dos apoios e das ajudas que recebeu dos profissionais de saúde para amamentar

Mãe - Pronto é assim, o facto de ter-mos aqui a salinha, acho que é óptimo, porque podemos dar o apoio que devemos. O facto de ter-mos a salinha para recolher o leite, o facto de cá ficar a dormir (Unidade Materna) e estar mais próximos, principalmente para as mães que são de longe. A única coisa que eu acho que falta aqui é podermos ter uma salinha onde pudéssemos ter visitas. Não digo, estar aqui com aquele regime de visitas que temos lá em baixo, nos pisos, que é de x em x horas, mas por exemplo, a minha mãe... ainda hoje esta lá em baixo e custa-me um bocadinho, porque... pronto, gostaria que ela estivesse aqui, percebe? (mímica de choro). Não é possível e compreendo. As mães têm que ter alguma privacidade.

Investigador - Era importante o apoio familiar na amamentação?

Mãe – sim, porque me vai dar apoio em casa, gostava que ela estivesse mais próxima. Desculpe a choramingueiro, mas faz parte.

Investigador – conte-me como foi a primeira mamada?

Mãe – ensinaram-me a colocada ao peito. Até foram vários (profissionais). Primeiro tentaram estimular os mamilos e a maneira mais correcta de o fazer. Depois a posição da bebé no meu corpo. Isso fizeram e tive muito apoio nessa parte. Não foi só um, foi em vários turnos e de todos eles tive apoio nesse sentido. Ensinaram a ter cuidado com o nariz, se eu estava a sentir aquele puxar... pela maminha, pelo leite...nesse aspecto senti-me bastante apoiada.

Investigador – fale-me de algum momento stressante e se isso a prejudicou de alguma forma.

Mãe – sim (riso), até coincidiu com essa experiência menos positiva que tive. Fiquei bastante apreensiva. Pronto, é aquele regime, desculpe o termo, de “engorda” dela. Fiquei assim um bocadinho apreensiva e achei que realmente fiquei stressada e notei que a quantidade de leite que estava a extrair, foi menor. Mas agora já passou tudo, esta tudo bem. Senti isso, senti e foi coincidente com essa parte menos positiva. Todas as dúvidas que eu pergunto a todas as pessoas a que o fiz, fui esclarecida e senti-me esclarecida. Assim como, nos vão passando alguma informação. Não nos

respondem só ao que perguntamos, vão-nos colocando algumas questões. Vão-nos fazendo ensinamentos também, de vários tipos, não só de amamentação, de tudo.

Investigador – de tudo, como? Fale-me das acções de educação que assistiu.

Mãe – Sim, do banho, ontem da massagem e vai haver uma amanhã “o regresso a casa” (riso).

Investigador – e sobre a amamentação? Gostaria de uma acção de educação para a saúde sobre amamentação

Mãe – sim, porque é importante (riso). Acho que banho é importante como é evidente, tudo é importante mas a alimentação é essencial em tudo, se calhar... é assim, os nossos bebés estão ali a tomar banho, mudar a fralda e comer, não é? E esses ensinamentos vão sendo passados da melhor maneira, durante essa fase. Mas se tivéssemos uma acção de formação sobre isso, era sempre positivo. Pode haver determinados pormenores que não se perguntou ou que não foram esclarecidos e que durante essa acção de formação relembre. E vemos tudo mais esquematizado para nos ajudar e visualizar ajuda, embora a experiência é tudo. A gente também visualiza quando estamos a amamentar os bebés. Também damos o banhinho e eu gostei muito da apresentação.

Em relação aos apoios, não é que me esteja a queixar, não vou queixar. Acho que não temos umas condições excelentes, não é propriamente um sítio... (riso), não é mau tendo em conta aquilo que há, mas podia ser melhor. Não é mau, pronto. Era só mesmo essa situação de ter-mos uma salinha diferente. Se quiséssemos receber... ou se o meu marido quisesse vir e estarmos um bocadinho, por exemplo quando não podemos estar lá em baixo (Unidade), por exemplo, entre as três e as quatro horas. Para não estar no corredor ou ir até lá em baixo (hall de entrada da Maternidade) porque coincide com as horas das visitas, é muita confusão, muito barulho, sei lá, ter uma salinha onde pudesse estar com o marido, a mãe. Também não digo muita gente, porque se calhar depois era uma confusão. Depois as pessoas viam que era muitas visitas. Se pudéssemos estar com alguém, que pudéssemos estar ali...se calhar era positivo para os pais, porque as mães estão aqui, a gente conversa disto, daquilo, das experiências que têm, como faz, aquilo que faz, qual a melhor bomba, eléctrica, manual, não manual. Pronto, fazemos troca de experiências.

É uma coisa muito positiva o facto de ter aqui este espaço (Unidade Materna). Mas também acho os pais também tem de colaborar nisso e quem sabe, estarmos um, dois, três casais e eles também ouvirem e trocarem experiências. Estamos sempre perto dos bebés e os horários podem coincidir com a hora de almoço e se calhar poderíamos não ter tempo de ir almoçar fora ou se calhar as refeições no bar também não serão as ideais para fazer uma alimentação cuidada. Acho que é muito positivo o facto de ter-mos aqui refeições. Porque a gente sabe que há hora de almoço mas também ninguém nos vem tirar o tabuleiro. Por isso, podemos demorar mais um bocadinho. Pelo menos sabemos que podemos fazer as refeições aqui e adequadas.

Investigador – Os apoios que recebeu dos profissionais de saúde relativamente à amamentação foram adequados às suas necessidades para alimentar o seu filho?

Mãe – Os apoios são suficientes. Suficientes não, acho que foram mais que suficientes, foram bons (riso).

Investigador – Sente-se confiante na sua capacidade para amamentar o seu filho?

Mãe – sinto-me confiante, sei que vou ser capaz. Preciso realmente de mais um dia ou dois, que é para ver a evolução. Porque é assim como lhe disse, houve muita mudança percebe? E agora preciso de uma certa estabilidade e de ver a evolução num determinado esquema. Claro que depois as coisas vão mudando, vão alterando. Nesta fase para eu ir para casa segura, falta-me assim um bocadinho (riso).