

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**RELAÇÕES ENTRE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E  
ALEITAMENTO MATERNO DE PREMATUROS**

**FLÁVIA HELENA CAVALCANTI GUIMARÃES**

**VITÓRIA, ES  
2010**

**FLÁVIA HELENA CAVALCANTI GUIMARÃES**

**RELAÇÕES ENTRE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E  
ALEITAMENTO MATERNO DE PREMATUROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto Minter-Dinter com a Universidade Federal do Vale do São Francisco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula e co-orientação da Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo.

**VITÓRIA, ES  
Dezembro, 2010**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Guimarães, Flavia Helena Cavalcanti, 1956-  
( 963r Relações entre estratégias de enfrentamento e aleitamento  
materno de prematuros / Flavia Helena Cavalcanti Guimarães. –  
2010.  
160 f.

Orientadora: Kely Maria Pereira de Paula.

Coorientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do  
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Amamentação. 2. Recém-nascidos. 3. Prematuros. 4.  
Experiência de vida. 5. Mães. 6. Neonatologia. I. Paula, Kely Maria  
Pereira de, 1967-. II. Enumo, Sônia Regina Fiorim, 1954-. III.  
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas  
e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

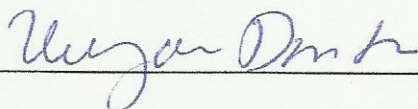
---

**AS RELAÇÕES ENTRE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E  
ALEITAMENTO MATERNO DE PREMATUROS**

**FLÁVIA HELENA CAVALCANTI GUIMARÃES**

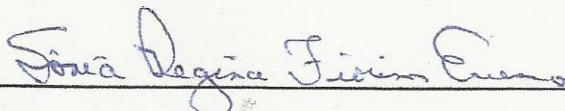
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 07 de dezembro de 2010, por:



---

Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula, Orientadora/UFES



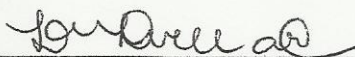
---

Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, Co-orientadora/ UFES



---

Professora Doutora Alessandra Brunoro Motta Loss - UVV



---

Professora Doutora Luziane Zacché Avellar - UFES

## **Dedicatória**

A **Deus**, Plenipotência Universal, Mestre dos Mestres, autor da minha vida sem o qual nada posso. A “Ele” o meu eterno louvor!

À Virgem **Maria**, minha mãe, que me carrega nos braços nos momentos de dificuldades, a minha devoção.

A **Santo Expedito**, que me concede coragem e determinação.

Ao meu esposo **José Theógenes**, amor de minha vida, minha paixão, meu apoio incondicional em todos os momentos!

Aos meus filhos **José Theógenes Filho, Maria Gabriela e Samuel**, razão do meu viver!

À minha mãe **Maria da Conceição**, que me encaminhou desde os primeiros passos, a minha gratidão e o meu amor!

À minha avó **Mariana** (in memoriam), a quem devo parte de minha formação, minha saudade.

Aos **bebês**, especialmente os **prematuros**, por proporcionarem alegria a minha prática diária; garantir-lhes o melhor alimento, para mim, é uma satisfação que se transforma em imenso prazer ao vê-los mamar!

## Agradecimentos

*A gratidão é a memória do coração*

(autor desconhecido)

À Professora Doutora **Kely Maria Pereira de Paula**, exemplo de competência profissional, que me acolheu e orientou com paciência e serenidade na condução deste estudo; seu conhecimento contrasta com o seu jeito meigo e gentil. Obrigada pela oportunidade de crescimento, que me proporcionou.

À Professora Doutora **Sônia Regina Fiorim Enumo**, para mim foi um privilégio ter a honra de ser sua aluna, pois, além de orientadora, foi um exemplo de atenção e gentileza, sempre disponível em atender-me. Por meio da sua orientação, pude enveredar-me pelo desconhecido da ciência; sua disponibilidade me encanta e deixa-me profundamente agradecida.

Ao Programa de Mestrado Interinstitucional (MINTER/CAPES) - Psicologia/UFES-UNIVASF; com parte da pesquisa financiada pelo CNPq – Proc. n. 485564/2006-8.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto Minter-Dinter com a Universidade Federal do Vale do São Francisco.

À Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF à qual sou vinculada, desde sua fundação, ao Colegiado de Medicina.

Às Professoras Doutora Alessandra Brunoro Motta Loss (UVV) e Professora Doutora Luziane Zacché Avellar (UFES), pelas valiosas críticas e contribuições no Exame de Qualificação.

Aos Professores do PPGP/UFES, com os quais realizei relevantes disciplinas na pós-graduação, o que, sem dúvida, contribuiu para o meu aprendizado.

Aos dirigentes do Hospital Dom Malan da antiga gestão por iniciar o meu estudo e da gestão atual, Hospital Dom Malan- Gestão IMIP Hospitalar, por permitir concluí-lo;

Aos colegas pediatras dos setores de Neonatologia, Dr<sup>a</sup> Lília Maria Cruz Gondim, Dr<sup>o</sup> Rossini Trócolli Lacerda Júnior, Dr<sup>a</sup> Verusca Bezerra Mendonça Ribeiro e Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Andrade Barbosa, pela generosidade em substituir-me na minha ausência. Muito obrigada.

À equipe do BIAMA, somos protagonistas de um cenário de mudanças nesses mais de 15 anos em prol da amamentação no Vale do São Francisco; a dedicação e o carinho de todas vocês com as mães me estimulam a lutar sempre mais por uma causa tão nobre: a vida de nossas crianças!

À equipe do Alojamento Canguru, meus parceiros de uma longa jornada na luta pela amamentação dos “pequeninos”; obrigado pelo carinho em compreender a minha ausência.

À equipe dos setores da Unidade Neonatal, Alojamento Conjunto e Sala de Parto, pelos longos anos de convivência e trabalho compartilhado.

A todos os meus amigos do Hospital Dom Malan, de tantos sonhos compartilhados na convivência diária; agradeço aos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para o meu estudo.

À minha colega de mestrado, professora Maria Luiza Barros, minha grande incentivadora, por quem tenho estima e admiração, aos colegas do mestrado e às professoras da disciplina de Medicina Geral da Criança I e II da Universidade

Federal do Vale do São Francisco, especialmente às professoras Eliane Carvalho, Lucimar Coelho de Moura Ribeiro e Yuri Francilane Santos Carvalho, pela presteza em me substituírem nas aulas da UNIVASF.

A todos da minha família e amigos especialmente Margarida de Jesus Silva que, me apoiaram com orações e palavras de incentivo; a Jorge Cavalcanti, pela forma atenciosa e responsável com que colaborou na tradução dos textos, à Professora Doutora Sílvia Raquel S. de Moraes realizando a revisão bibliográfica e Mary Stela F. Brito a formatação, com muita competência e responsabilidade; e a José Fabiano de Oliveira que realizou a análise estatística.

E, finalmente, às mães protagonistas de um sonho de conclusão deste estudo, motivo que me levou a pesquisar; cuidar de vocês e de seus frágeis bebês não significa trabalho, mas sim uma grande satisfação. Muito obrigada!



## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	16
<b>ABSTRACT</b> .....	18
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
1.1 A amamentação como um processo sociocultural .....	23
1.2 Amamentação: uma questão de Saúde Pública .....	25
1.3 Amamentação como fator de proteção do desenvolvimento infantil .....	28
1.4 Aspectos fisiológicos da amamentação .....	29
1.5 Aspectos emocionais da amamentação.....	31
1.6 Estratégias de enfrentamento .....	35
1.7 Problema de pesquisa .....	38
1.8 Contextualização dos estudos da dissertação .....	39
1.9 Aspectos éticos .....	44
1.10 Objetivos.....	45
1.10.1 Objetivo geral .....	45
1.10.2 Objetivos do estudo 1 .....	45
1.10.3 Objetivos do estudo 2.....	46
1.10.4 Objetivos do estudo 3.....	46
<b>2 ESTUDOS</b> .....	48
2.1 Estudo 1 - Estratégias de enfrentamento da condição de ser mãe acompanhante do bebê prematuro.....	48
Resumo.....	48
Abstract.....	49
1 Introdução.....	50
2 Método.....	55
2.1 Participantes e local de coleta de dados .....	55

2.2 Instrumentos.....	56
2.3 Procedimento .....	57
2.4 Análise de dados.....	58
<b>3 Resultados</b> .....	<b>59</b>
3.1 Descrição sociodemográfica do grupo de mães e características do bebê.....	59
3.2 Suporte social.....	60
3.3 Estratégias de enfrentamento .....	60
3.4 Estratégias de enfrentamento e variáveis da mãe e do bebê.....	61
<b>4 Discussão</b> .....	<b>65</b>
<b>5 Referências</b> .....	<b>71</b>
<b>2.2 ESTUDO 2 - Percepções de mães de prematuros sobre a condição de acompanhante e o processo de amamentação</b> .....	<b>76</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>76</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>77</b>
<b>1 Introdução</b> .....	<b>78</b>
<b>2 Método</b> .....	<b>82</b>
2.1 Participantes e local da coleta de dados .....	82
2.2 Instrumentos.....	82
2.3 Procedimento .....	83
2.4 Processamento e análise de dados.....	83
<b>3. Resultados e Discussão</b> .....	<b>84</b>
3.1 Variáveis sociodemográficas e características neonatais .....	84
3.2 Análise das entrevistas.....	84
3.2.1 O momento da notícia e o apoio recebido.....	85
3.2.2 O suporte institucional e a amamentação .....	88
3.2.3 Alojamento canguru e o processo de amamentação.....	91

3.2.4 Sentimentos durante a hospitalização.....	93
3.3 Relatos maternos e indicadores de enfrentamento (coping) .....	95
<b>4 Considerações finais .....</b>	<b>99</b>
<b>5 Referências.....</b>	<b>100</b>
<b>2.3 ESTUDO 3 - Aleitamento de prematuros: relações com estratégias de enfrentamento maternas, suporte social, características do bebê e variáveis sociodemográficas.....</b>	<b>104</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>104</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>106</b>
<b>1 Introdução.....</b>	<b>107</b>
<b>2 Método.....</b>	<b>108</b>
2.1 Participantes e local de coleta de dados .....	108
2.2 Instrumentos.....	109
2.3 Procedimento .....	110
2.4 Processamento e análise de dados.....	110
<b>3 Resultados.....</b>	<b>111</b>
3.1 Caracterização da amostra .....	111
3.2 Caracterização do processo de amamentação das mães na Unidade Neonatal (UN) e Alojamento Canguru (AC).....	112
3.3 Estratégias de enfrentamento das mães de prematuros internados .....	113
3.4 Relações entre a amamentação e variáveis sociodemográficas.....	114
3.5 Relações entre amamentação e características do bebê.....	114
<b>4 Discussão.....</b>	<b>115</b>
<b>5 Conclusões.....</b>	<b>118</b>
<b>6 Referências.....</b>	<b>119</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>122</b>
<b>4 CONCLUSÕES .....</b>	<b>132</b>

<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>153</b>

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO-A Modelo do prontuário de Internação na Unidade Neonatal .....	145
ANEXO-B Modelo do resumo de alta da Unidade Neonatal e do Alojamento Canguru .....	147
ANEXO-C Modelo da ficha de atendimento do Banco de Leite Humano- BIAMA... 148	
ANEXO-D Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (Seidl, Tróccoli e Zanon, 2001) .....	149
ANEXO-E Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008) .....	151

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE- A Protocolo de entrevista com mães .....	154
APÊNDICE- B Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa.....	157
APÊNDICE- C Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	159
APÊNDICE- D Variáveis e instrumentos utilizados na pesquisa .....	160

## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa
ABH	Instrumento de Avaliação do Brincar no Hospital
AC	Alojamento Canguru
AEH	Instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização
AHRNBP	Atenção Humanizada ao Récem- Nascido de Baixo Peso
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychological Association
BIAMA	Banco de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BP	Baixo Peso
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CRE	Coping Religioso Espiritual
EBP	Extremo Baixo Peso
EE	Estratégias de Enfrentamento
EMA	Encontro de Mães Acompanhante
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IG	Idade Gestacional
IGC	Idade Gestacional Corrigida
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
LHOP	Leite Humano Ordenhado Pasteurizado
LILACS	Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMO	Leite Materno Ordenhado

MAACL-R	Multiple Affect Adjective Checklist-Revised
MBP	Muito Baixo Peso
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASW	Predictive Analytics Software
PPVT-R	Peabody Picture Vocabulary Test Revised
RBLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RMF	Renda Média Familiar
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNPT-BP	Recém-Nascido Pré-Termo Baixo Peso
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SOG	Sonda Orogástrica
TL	Translactação
UN	Unidade Neonatal
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	World Health Organization



Guimarães, Flávia Helena Cavalcanti (2010, dezembro). *Relações entre estratégias de enfrentamento e aleitamento materno de prematuros*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto MINTER/DINTER com a Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, PE. 160 p.

## RESUMO

O aleitamento materno é primordial para a sobrevivência infantil, principalmente na prematuridade, quando as mães experimentam mais dificuldades no período inicial. Foram realizados 3 estudos para análise das relações entre as estratégias de enfrentamento (EE) ou *coping* da condição de ter um filho prematuro internado em Unidade Neonatal (UN) e o processo de amamentação em hospital público de Petrolina, PE. Participaram 20 mães, ao ingressarem no Alojamento Canguru, que responderam à Escala Modos de Enfretamento de Problemas (EMEP) e a uma entrevista. Dados de prontuários do bebê e do Banco de Leite Humano foram coletados. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e os demais dados a tratamento estatístico, para testar associações entre as variáveis relacionadas ao aleitamento. O Estudo 1 indicou que predominaram as EE focalizadas na busca de práticas religiosas e focalização no problema. O Estudo 2 revelou que o suporte institucional (Método Mãe Canguru) e o apoio familiar favoreceram a amamentação. No Estudo 3, EE focalizadas em práticas religiosas, para mães com problemas de amamentação e bebê com menor idade gestacional e peso ao nascimento na alta da UN, se relacionaram a maior tempo para translactação e início da amamentação. Considera-se que as principais estratégias maternas (práticas religiosas e focalização no problema) adotadas foram mais

adaptativas para o enfrentamento da condição de prematuridade, tendo a variável suporte social (família e profissionais) uma importante função mediadora. Os resultados são discutidos em função do planejamento de intervenções na área da saúde materno-infantil, que objetivam o fortalecimento do vínculo mãe-bebê prematuro, e o estabelecimento da amamentação bem-sucedida.

**Palavras-chaves:** Amamentação; Recém-nascidos prematuros; Estratégias de enfrentamento; *Coping*; Mães; Hospitalização; Neonatologia.

**Áreas de conhecimento:** 7.07.00.00-1 7.07. - Psicologia; Subárea: 7.07.10.00-7 - Tratamento e Prevenção Psicológica.

4.01.00.00-6 - Medicina; Subárea: 4.01.01.08-8- Pediatria.

**Apoio:** Programa de Mestrado Interinstitucional (MINTER/CAPES)- Psicologia/UFES-UNIVASF; parte de pesquisa financiada pelo CNPq – Proc. n. 485564/2006-8, coordenado pela Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo.

Guimarães, Flávia Helena Cavalcanti (2010, December). *Relations between coping strategies and preterm breastfeeding*. Master's Thesis presented to the Psychology Graduate Program, Federal University of Espírito Santo, MINTER/DINTER Project with Vale do Rio São Francisco University, Petrolina, PE. 160 p.

### **ABSTRACT**

Breastfeeding is essential for the child's survival, especially in preterm birth, when mothers experience more difficulties in the initial period. Three studies were carried out to analyze the relations between coping strategies (CS) or coping of the condition of having a premature baby admitted to the Neonatal Unit (NU) and the process of breastfeeding in public hospital in Petrolina, PE. The participants included 20 mothers, when entering the Kangaroo Accommodation, who responded to the Ways of Coping Checklist (Brazilian version - EMEP) and an interview. Data of the infants' medical records and the Human Milk Bank were collected. The interviews were submitted to content analysis and the remaining data to statistical analysis to test associations among the variables related to breastfeeding. Study 1 indicated that the predominant CS focused on the pursuance for religious practices and focusing on the problem. Study 2 revealed that the institutional support (Kangaroo Mother Method) and family support favored breastfeeding. In Study Three, CS focused on religious practices, for mothers with breastfeeding problems and babies with lower gestational age and birth weight on discharge from NU, were related to more time for relactation and the initiation of breastfeeding. It is considered that the main maternal strategies (religious practice and focus on the problem) adopted were more adaptive to cope with the condition of prematurity, and the variable social support (family and professionals) an important mediating role. The results are discussed according to

the intervention planning in the area of maternal and child health, aiming to strengthen the link between mother and preterm infant, and the establishment of successful breastfeeding.

**Keywords:** Breastfeeding, Newborn premature infants; Coping strategies; Coping; Mothers; Neonatology.

## 1 INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais que nutrir o filho, transcende o prisma biológico; é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho e proporciona vantagens ao estado nutricional, imunológico, desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (Brown, Poag & Kasprzycki, 2001; Giugliani & Lamounier, 2004; Horta, Bahl, Martines & Victora, 2007; Rego, 2009). A amamentação é uma prática geneticamente programada (Giugliani, 2000), secularmente praticada, que protege o bebê de doenças e da morte, mas, sobretudo, fortalece os novos laços, que os manterão unidos, fazendo brotar o amor tão necessário ao equilíbrio do ser humano (Alfaya & Schermann, 2005; Almeida, 1999; Gorgulho & Pacheco, 2006; Passanha, Cervato-Mancuso & Silva, 2010; Scortegagna, Miranda, Morch, Carvalho, Biasi & Cherubini, 2005).

Inúmeras pesquisas (Almeida, 1999; Veloso & Almeida, 2009; Araujo & Almeida, 2007; Carvalho & Tamez, 2005; Dewey, 2001; Passanha et al., 2010) têm mostrado o efeito do aleitamento materno contra a mortalidade e morbidade infantil, assim como sua importância na construção do aspecto emocional do ser humano, sendo objeto de estudo no campo da Saúde Materno-Infantil, sob o ponto de vista de diversas áreas, como Ginecologia e Obstetrícia (Wamback, 2003), Neonatologia (Feldman & Eidelman, 2003), Pediatria (Giugliani & Lamounier, 2004; Rego, 2009) e Psicologia (Alfaya & Schermann, 2005; Barros, Menandro & Trindade, 2006; Martins, Linhares & Martinez, 2005), apenas para citar algumas.

A história tem mostrado a trajetória da amamentação e os seus significados ao longo do tempo, construída por diversos grupos sociais e influenciada por

diferentes fatores, sofrendo a ação de determinantes biológicos e socioculturais. Assim, o resgate histórico é importante para compreendermos essa prática, de modo a evidenciar os diferentes sentidos a ele atribuídos (Bosi & Machado, 2005; Ichisato & Shimo, 2002), como será apresentado brevemente a seguir.

O leite tem sido o alimento básico dos bebês desde os primórdios da humanidade, e a mãe, no começo da civilização, era endeusada em todas as partes do mundo. Na Idade do Bronze, na Grécia, imagens de uma mãe divina com uma criança nos braços foram adoradas (Deodato, 2005). A mitologia grega conta a história de Rômulo e Remo, que foram amamentados por uma loba, e Zeus, por uma cabra. Já os egípcios, babilônios e hebreus, tinham como tradição amamentarem seus filhos por três anos, enquanto as escravas eram alugadas por gregos e romanos ricos, como amas de leite. Assim, entre os povos gregos e romanos, havia o hábito de utilizar as amas de leite para amamentar seus recém-nascidos, não sendo tão frequente a amamentação ao peito da própria mãe (Ichisato & Shimo, 2002).

Hipócrates foi um dos primeiros a reconhecer e escrever sobre os benefícios da amamentação, evidenciando a maior mortalidade entre aqueles bebês que não eram amamentados ao peito. Plutarco e Tácito eram romanos filósofos e moralistas, que condenavam o aleitamento exercido pelas amas de leite, pois acreditavam que o vínculo entre essas e a criança prejudicava a relação com a mãe natural. A ama de leite apegava-se ao bebê, já que a ele era dado seu leite e carinho e havia sofrimento quando expirava o período estipulado (Badinter, 1985).

Desde o surgimento da civilização ocidental, a mulher e a criança eram seres considerados inferiores, e o homem, uma criatura à imagem de Deus. Tal concepção tinha como suporte a teologia cristã, que reafirmava a posição de um ser perfeito

com pátrio poder, com direito de gerir sobre a vida ou a morte de seus familiares; cabia à mulher a modéstia de manter-se calada. Antes de 1760, as crianças eram consideradas como "símbolo da força do mal, um ser imperfeito, esmagado pelo peso do pecado original" (Ichisato & Shimo, 2002, p. 581) e, não obstante, eram tidas como um estorvo. Dessa forma, explica-se o abandono, o infanticídio, a indiferença, a contratação de amas de leite para substituir o seio materno, denotando-se rejeição ao filho. Ainda, os teólogos viam a amamentação como:

“a relação amorosa e física entre a mãe e o filho, a fonte de má educação. As delícias são o que mais debilita o corpo; por isso, as mães perdem os filhos, quando os amamentam voluptuosamente.”  
(Badinter, 1985, p. 58).

Com o descobrimento das Américas, os povos nativos dessas regiões chamaram atenção, pois tinham por hábito amamentar suas crianças por um período aproximado de três a quatro anos. Nessa época, o aleitamento materno estava em declínio, principalmente na França e na Inglaterra (Souza & Almeida, 2005).

Entre os séculos XVII a XVIII, as mulheres acreditavam que seus corpos e silhuetas deterioravam-se rapidamente caso amamentassem seus filhos, dando lugar, assim, à prática do aleitamento mercenário (Deodato, 2005). A prática de amamentar não era mais vista pelas pessoas da sociedade europeia com admiração, sendo utilizadas as amas de leite mercenárias como um hábito rotineiro. Mas é no século XVIII, conhecido como Iluminismo, quando o homem se convence a investigar o que era desconhecido, que surgiu um movimento, impulsionado pelo capitalismo europeu, de valorização da criança. Essa valorização se refletiu no interesse de diminuir a taxa de mortalidade infantil, que chegava a índices muito elevados nos séculos passados. Em função do desmame precoce, a mortalidade

infantil na França de 1780 a 1789 era de 26,5%; ou seja, uma em cada quatro crianças não sobrevivia (Bosi & Machado, 2005).

As mudanças mais radicais de todos os tempos na alimentação infantil ocorreram entre 1850 e 1970, época em que o leite materno foi, gradativamente, sendo substituído por leite de outras espécies, cada vez mais modificado, na tentativa de se tornar semelhante ao leite humano. A introdução dos substitutos para o leite humano representa, sem dúvida, o maior experimento in vivo não controlado (Giugliani & Lamounier, 2004). Assim, nos mais distintos espaços dessa trajetória, que contempla mais de 500 anos após o descobrimento das Américas, todos os significados imputados à amamentação oscilaram entre dois polos - indivíduo x ambiente, ou seja,

“a amamentação, mais do que um fato social ou um fenômeno biológico, é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura.” (Almeida, 1999, p.23).

### **1.1 A amamentação como um processo sociocultural**

A cultura também influencia no significado da amamentação. Para Giugliani (2004), perdeu-se a percepção da amamentação como um processo mais amplo, complexo, envolvendo intimamente duas pessoas e com repercussões na saúde física e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, de igual importância para a saúde física e psíquica da mãe. Por exemplo, estudos com prematuros e recém-nascidos de baixo peso sugerem uma integração dos aspectos nutricionais do leite materno relacionados a aspectos comportamentais no desenvolvimento dessas crianças (Feldman & Eidelman, 2003).



A partir da década de 70 do século passado, fica claro que os índices elevados da mortalidade infantil tinham como causa o desmame precoce (Giugliani, 2000). Esse fato, junto com a utilização de fórmulas industrializadas, levou a estudos, para comprovar o que a natureza passou milhões de anos aperfeiçoando para garantir a subsistência da espécie: o leite materno era o melhor, provando inequivocamente sua superioridade sobre os pretensos substitutos (Giugliani & Lamounier, 2004). Assim, foram impulsionadas as campanhas de amamentação, porém, voltadas para o modelo biologicista, que descarta do ato de amamentar todo o peso da cultura e da sociedade onde a mãe está inserida (Almeida, 1999; Deodato, 2005). As pesquisas em aleitamento materno desenvolvidas nos Programas de Pós-Graduação também enfocam esse modelo.

Veloso e Almeida (2009) realizaram uma revisão bibliográfica com análise descritiva das dissertações e teses produzidas no período de 1971 a 2006 pelos programas reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Esse estudo teve por objetivo traçar o perfil da produção sobre o tema “aleitamento materno” na pós-graduação stricto sensu em Pediatria no Brasil, indicando que o número de obras produzidas não corresponde à importância da temática para a saúde da criança. A produção sobre a temática amamentação está concentrada no Sudeste e houve predominância dos estudos quantitativos, com enfoque na dimensão biológica.

Segundo Almeida (1999), é preciso mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas públicas de promoção do aleitamento materno. Tem-se priorizado a dimensão biológica, sem dar ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais. A depender da realidade social da mulher, o desmame precoce pode ser

traduzido como um embate entre a saúde e a doença da criança (Giugliani, 2000; Rego, 2009; Souza & Almeida, 2005).

## **1.2 Amamentação: uma questão de Saúde Pública**

O aleitamento materno é primordial para a sobrevivência infantil, principalmente quando se trata de recém-nascidos prematuros (Brown et al., 2001; Horta et al., 2007) e previne mortes desde os primeiros dias de vida (Giugliani, 2000).

Alguns estudos avaliaram a importância da amamentação na prevenção da mortalidade infantil. Uma investigação (meta-análise), baseada em seis conjuntos de dados provenientes de países (Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal) de três continentes, mostrou uma mortalidade por doenças infecciosas seis vezes maior em crianças menores de dois meses não amamentadas se comparadas às crianças com amamentação restrita ao seio materno (Lucas & Cole, 1999).

O leite materno também protege a criança na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. Passanha et al. (2010) realizaram uma revisão da literatura utilizando os descritores leite materno, doenças gastrintestinais e doenças respiratórias, com limite de idiomas (português, inglês e espanhol), no período de 1996 a 2009, nas bases de dados da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Scientific Electronic Library Online (Scielo). Os estudos apontaram que a IgA é a imunoglobulina com maior capacidade protetora contra ambos os tipos de doenças, por sobreviver às mucosas intestinal e respiratória. Além disso, esse leite possui outras imunoglobulinas, anticorpos, oligossacarídeos, lipídeos, peptídeos bioativos, entre

outros constituintes exclusivos, com mecanismos específicos que, além da proteção contra essas doenças, estimulam o desenvolvimento do sistema imune do lactente.

Em se tratando de recém-nascidos prematuros, essa proteção é ainda maior e mais específica. Goldman et al. (1982 como citado em citado por Gianini, 2009, p. 274), para testar se havia diferença no leite da mãe do prematuro, coletaram o leite com duas, quatro, seis, oito e doze semanas de lactação, concluindo que as concentrações de IgA e lactoferrina são maiores nesse leite. Ainda sobre as vantagens relacionadas ao leite de mães de prematuros, Gianini (2009) afirma que as concentrações de endorfinas também são maiores, quando comparadas às mães de recém-nascidos normais nascidos de parto cesariano. A presença de endorfinas no leite faz com que os recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos sintam menos dor.

Para melhorar a qualidade da saúde materno-infantil, o Brasil tem buscado informações sobre as metodologias de projetos utilizados em outros países, adaptando-as à realidade brasileira, sendo destaque o Programa Mãe Canguru (Lima, Quintero-Romero & Cattaneo, 2000). Atualmente, centros de Neonatologia estão utilizando, na assistência aos prematuros, uma tecnologia conhecida como Método Canguru. Esse método teve origem em Bogotá, Colômbia, em 1979 e, devido aos resultados positivos, foi recomendado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), principalmente, para os países em desenvolvimento e do Terceiro Mundo (Colameo & Rea, 2003). O Ministério da Saúde, pela Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, recomenda a adoção dessa estratégia, com base nos princípios de humanização da assistência e de cidadania (Brasil, 2002).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança é mais uma medida para elevar os índices de aleitamento materno, sendo adotada no país desde 1990 após um

encontro promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo UNICEF, ocorrido no Spedale degli Innocenti (Hospital infantil) em Florença, Itália. Os representantes dos diversos países participantes propuseram mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para a proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno. Do encontro, surgiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que consiste na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para operarem mudanças em rotinas e condutas, visando incentivar o aleitamento materno. Assim, por meio da Declaração de *Innocenti*, foi criado um elenco de medidas, que visam informar as gestantes, puérperas e mães sobre os benefícios e o manejo da amamentação. Para que um hospital receba o título de Hospital Amigo da Criança deve seguir os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (Vannuchi, Monteiro, Réa, Andrade & Matsuo, 2004; United Nations Children's Fund/ World Health Organization, 2009).

Segundo Giugliani (2002), outra importante atividade para atender ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso hospitalizado refere-se aos Bancos de Leite Humano. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH- BR) é a maior e mais bem estruturada rede do mundo, contando com mais de 190 unidades, tendo sido reconhecida internacionalmente e recebido o Prêmio de Saúde “Sasakawa”, concedido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2001 (Brasil, 2008). Os bancos de leite humano contribuem de forma significativa no crescimento e desenvolvimento dos bebês prematuros.

### 1.3 Amamentação como fator de proteção do desenvolvimento infantil

Feldman e Eidelman (2003), em estudos com bebês de alto risco, sugerem que uma quantidade substancial e duradoura de leite materno deve ser fornecida para poder proporcionar maiores escores cognitivos nesse grupo. Dessa forma, Carvalho e Tamez (2005) explicitam a importância do leite materno:

“assim, o leite de cada mãe é apropriado para o seu bebê, especialmente para aqueles bebês nascidos pré-termo, não apenas pela composição nutricional geneticamente determinada, mas também pela proteção contra várias doenças e melhor desenvolvimento cognitivo (inclusive melhor humor e comportamento materno), o que favorece o adequado desenvolvimento do bebê (p.26).”

Rao, Hediger, Levine, Naficy e Vik (2002) também investigaram o nível de desenvolvimento cognitivo entre prematuros, relacionando ao tempo de amamentação. Os autores, que avaliaram 299 crianças, utilizaram a Bayley Scale of Infant Development aos 13 meses de vida da criança, e a Wechsler Preschool e Primary Scales of Intelligence aos 5 anos de idade. As crianças que foram amamentadas exclusivamente por 24 semanas fizeram 11 pontos a mais no teste de inteligência, quando comparadas àquelas que foram amamentadas por 12 semanas, mostrando que a duração do aleitamento materno tem um impacto significativo no desenvolvimento cognitivo de prematuros.

Os resultados do estudo conduzido por Bier, Oliver, Ferguson e Vohr (2002) também mostraram a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento cognitivo e motor de crianças prematuras. Na pesquisa, 29 crianças prematuras receberam exclusivamente leite humano e 10 crianças receberam apenas fórmulas lácteas. Para considerar o efeito do leite humano no desenvolvimento cognitivo e motor, essas crianças foram avaliadas aos 3, 7 e 12 meses de idade corrigida. Para

avaliação da linguagem receptiva, foi utilizado o Peabody Picture Vocabulary Test Revised (PPVT-R). Como resultado, verificou-se que o leite humano estava associado a um melhor desenvolvimento dos prematuros aos 3 e 12 meses de idade corrigida.

Horta e colaboradores (2007) sugerem que o aleitamento materno pode trazer benefícios em longo prazo para as crianças. Indivíduos que haviam sido amamentados tinham um impacto menor na pressão arterial média e baixo colesterol total e mostraram melhor desempenho em testes de inteligência. Além disso, a prevalência de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 foi menor entre as crianças amamentadas.

Na alimentação do prematuro, um grande desafio com o qual se deparam os neonatologistas é nutrir adequadamente esses bebês (Rego, 2009). Dificuldades podem surgir no estabelecimento e manutenção da lactação da mãe de prematuros, sendo necessário compreender os processos fisiológicos, que envolvem o processo de amamentar em tal condição, como se vê a seguir.

#### **1.4 Aspectos fisiológicos da amamentação**

Para o sucesso da amamentação ao seio três são as condições básicas: boa produção de leite, boa descida do leite e boa sucção da mama (Rego, 2009). Se em recém-nascidos normais, nascidos a termo, tais condições, às vezes, apresentam-se com algum grau de dificuldade, na prematuridade, isso é muito frequente, pois sabemos que a mãe do prematuro é uma “mãe prematura”, puérpera, que vivencia situações peculiares diferentes (Rego, 2009).

Além do seu efeito psicológico, uma boa produção de leite afeta a psicobiologia do comportamento maternal. A prolactina e a ocitocina estão diretamente envolvidas na produção e nos reflexos de liberação do leite materno e, também, incidem no comportamento materno de uma variedade de espécies de mamíferos e, possivelmente, desempenha um papel no início do comportamento maternal de estresse em humanos (Feldman & Eidelman, 2003).

Segundo Rego (2009), para contar com uma boa produção de ocitocina, a mãe deve estar tranquila e manter ao peito um bebê com sucção vigorosa. Contudo, a sucção do prematuro é fisiologicamente fraca, por características anatômicas e neurológicas, impedindo-o de sugar no início do nascimento, condição que gera estresse para a mãe.

Considerando que o estresse constitui um estado fisiológico (dor, cansaço, exaustão) ou emocional (ansiedade, frustração, ambivalência), que interfere sobre a capacidade de adaptação a situações do dia a dia (Dewey, 2001), dois mecanismos, descritos por Lana (2001), podem explicar a relação entre estresse e lactação:

1) em condições de estresse, o organismo da mãe aumenta a liberação de adrenalina, que provoca vasoconstrição generalizada. Quando a vasoconstrição é muito intensa, a prolactina e a ocitocina (hormônios envolvidos na produção do leite) não chegam às células lactóforas e mioepiteliais da mama, respectivamente, comprometendo a produção de leite. O desmame precoce, desse modo, pode ser um efeito adverso do enfrentamento de situações estressantes;

2) bebês que vivenciaram situações de estresse durante o trabalho de parto podem apresentar-se fracos ou muito sonolentos, dificultando a evocação dos reflexos de preensão e sucção eficiente da mama. A falta de sucção não gera estímulos neuroendócrinos responsáveis pela liberação dos hormônios envolvidos na

produção do leite e comprometem o início e a manutenção da lactação de mães de prematuros.

A produção e a liberação de leite na puérpera, que vivencia a prematuridade, pode se encontrar diminuída ou mesmo ausente visto que o estabelecimento da sucção ao seio é demorado e essas crianças podem ficar muitos dias internadas na Unidade de Terapia Intensiva (Dewey, 2001). Algumas mães não conseguem aceitar a realidade e tentam enfrentar a situação, mas podem retrair-se emocionalmente, como se vê a seguir.

### **1.5 Aspectos emocionais da amamentação**

O curso normal da amamentação de um filho prematuro encontra-se fragilizado pelo estado emocional da mãe (Rego, 2009). Diante do nascimento, esta experimenta sentimentos de medo e insegurança para iniciar e manter a lactação (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004).

As mães, muitas vezes, sentem-se culpadas ao se defrontarem com o filho tão sonhado, sofrendo em uma incubadora, gerando uma grande tensão, o confronto de um bebê, que idealizavam na gestação, com as condições de nascimento, o que poderá acarretar dificuldades na aceitação da realidade (Druon, 1999).

Barros e Trindade (2007) realizaram uma investigação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sobre a maternidade prematura na perspectiva da Teoria das Representações Sociais, que resgata a importância dos processos psicossociais no processo de saúde e doença. As autoras verificaram que, no início, ocorre, por parte das mães, uma reação de estranhamento frente ao bebê prematuro; posteriormente, à medida que as condições clínicas do bebê vão



melhorando, as mães se sentem mais aliviadas. Contudo, elas sempre são assaltadas pelo medo de possíveis intercorrências<sup>1</sup>. Aliado a todos esses temores, acrescenta-se, principalmente, a dificuldade de relacionamento com a equipe de saúde. A falta de comunicação, somada ao cumprimento de normas que restringem a relação com o filho, potencializa o sofrimento dos pais, por se perceberem destituídos de poder na legitimação parental.

Em outro estudo sobre as Representações Sociais do aleitamento para mães de prematuros em Unidade de Cuidado Canguru, foram identificadas as dificuldades dessas mães no processo de amamentar seu filho (Javorski, Caetano, Vasconcelos, Leite & Scochi, 2004). As dificuldades com a amamentação não foram correlacionadas à vinda do prematuro. Para os autores, se essas mães fizessem tal associação, estariam aumentando o sentimento de culpa por terem trazido ao mundo um ser imaturo. Na formação de uma representação social, as crenças e os conceitos passam primeiro por um processo de seleção, sendo algumas informações esquecidas, ficando apenas as que interessam aos sujeitos. Nesse caso, as mulheres entrevistadas podem ter evitado falar da condição do recém-nascido, já que os contextos que as circundavam eram os aspectos positivos da amamentação para os prematuros.

Ainda nesse estudo, Javorski et al. (2004) revelaram que a representação de mães que não amamentavam era a de ser negligente, condição enfatizada por uma das mães explicitamente, contrapondo-se ao discurso daquelas que amamentavam sem problemas. Estas se identificavam com uma boa mãe, reforçando o discurso dos profissionais de saúde e fazendo sofrer aquelas que não conseguiam amamentar os seus filhos.

---

<sup>1</sup> Intercorrências: complicações decorrentes do tratamento médico.

Silva e Segre (2010), em estudo recente sobre os fatores que influenciaram o desmame de 89 prematuros de baixo peso nascidos em uma maternidade pública da cidade de São Paulo, verificaram que a média de idade para o desmame parcial foi de 1,41 meses e para o desmame total foi de 2,93 meses. As autoras encontraram ainda como resultado que aquelas mães, que permaneceram internadas na Enfermaria Canguru, iniciaram a ordenha precocemente, e aquelas que voltaram ao trabalho interromperam o aleitamento materno mais tardiamente. Esses dados apontam para a importância de atendimentos centrados na humanização e integralidade do cuidado, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos neonatos prematuros.

O nascimento prematuro deflagra estados de depressão materna (Garel, Dardennes & Blondel, 2006). Nessa situação, a separação imposta constitui fator de risco para a relação emocional mãe-bebê com implicações negativas no desenvolvimento psicossocial da criança (Brum & Schermann, 2005; Hill, Aldag, Demirtas, Zinaman & Chatterton, 2006; Klaus & Kennel, 1993).

Além dessas mães que sofreram partos prematuros ou outras complicações perinatais, outros grupos estão particularmente em situação de alto risco para problemas de ansiedade no período pós-parto imediato: as que não possuem uma boa relação marital ou outras formas de apoio social (Scott, Diet, Landers, Hughes & Binns, 2001; Zelkowitz, & Papagerorgiou, 2005).

Gläsera, Bucherb, Moergelia, Fauchèreb e Buechia (2007) analisaram aspectos psicológicos de pais diante da perda do filho prematuro extremo (abaixo de 1000g). Pode-se, assim, obter uma compreensão mais profunda do lidar com o estressante evento, permitindo o oferecimento de apoio mais adequado pelos profissionais, no sentido de sensibilizar e capacitar a equipe de saúde para ajudar os

pais a suportar a dor da separação (Scochi, Kokuday, Riu, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003).

Vasconcelos, Scochi e Leite (2006) realizaram um estudo qualitativo no Hospital das Clínicas de Pernambuco com o objetivo de identificar o significado de ser mãe acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. Os autores destacaram a importância da participação em um grupo de apoio multidisciplinar. Além disso, o apoio recebido da família também foi um suporte social imprescindível, sendo o primeiro recurso a ser utilizado pelas mães. Os sentimentos de afeto e de estima, que estavam presentes nesse tipo de suporte, são indicativos da superação dos problemas, o que pode trazer alívio para o sofrimento vivido. Tais aspectos devem ser incorporados aos programas de apoio organizados pelas equipes de saúde.

O processo de amamentação da mãe prematura pode ser mediado por diferentes fatores (variáveis pessoais e sociodemográficas; valores religiosos e culturais) e cenários ambientais (família e comunidade) nos quais está inserida. Nessa perspectiva ecológica, o desenvolvimento é compreendido como uma mudança duradoura na maneira como o indivíduo percebe e lida com o seu ambiente. Na medida em que o desenvolvimento humano se baseia nas interações, as influências ocorrem em ambas direções, tanto do ambiente para o indivíduo, quanto da pessoa para o ambiente (Bronfenbrenner, 1996). Assim, o significado da amamentação não pode prescindir de uma análise dos contextos da díade mãe-bebê. As equipes de cuidados de saúde precisam estar preparadas para lidar com as repercussões de fatos, que modificarão radicalmente o cotidiano dessas mulheres e suas famílias, e compreenderem que o desenvolvimento emerge da

inter-relação do indivíduo e dos seus vários contextos (Linhares, Carvalho, Padovani, Bordin, Martins & Martinez, 2004).

O sucesso da amamentação depende primordialmente do modo como a mãe é acolhida pelas equipes de cuidados de saúde. A sua capacidade de ser formadora de opinião, alicerçada no conhecimento científico, demonstrando conhecer a importância do leite materno, faz muita diferença nos resultados da lactação (Furlan, Scochi & Furtado, 2006; Matuhara & Naganuma, 2006; Nakano, 2003; Scochi et al., 2003; Serra & Scochi, 2004). O apoio familiar, juntamente com o suporte institucional, proporciona segurança e resultados positivos a favor da amamentação (Braga, Machado & Bosi, 2008).

Em função das dificuldades relacionadas à prematuridade, é relevante identificar quais seriam as estratégias implementadas pelas mães durante a hospitalização do bebê para adaptar-se ao momento vivenciado, bem como investigar a função desse conjunto de comportamentos.

## **1.6 Estratégias de enfrentamento**

O enfrentamento ou *coping* pode ser entendido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, usados pelo indivíduo com o objetivo de lidar com demandas específicas, que surgem em situações estressantes, potenciais ou reais (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). O objetivo da mobilização das estratégias de enfrentamento é tolerar, minimizar, assimilar ou ignorar o estressor, sendo um importante mecanismo de adaptação para a resolução de problemas e manejo do estresse em contextos particulares (Lazarus, 1999). Sendo assim, uma das formas de compreensão do estresse é pela via das estratégias de

enfrentamento, processo onde se administram as demandas percebidas como estressantes e as emoções que são geradas (Lazarus & Folkman, 1984).

Tomando como problema a diversidade das respostas ao estresse, Lazarus e Folkman (1984) sugeriram que o enfrentamento tem duas funções básicas: focalização no problema e focalização na emoção. O primeiro busca modificar a relação do indivíduo com o meio externo, enfatizando a demanda causadora do estresse; são, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento. Já o segundo direciona-se à resposta emocional frente ao estressor, visando adequar a reação emocional às possibilidades de lidar com a situação. Vale salientar que essas estratégias não são necessariamente excludentes, pois diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação adversa.

Seidl, Tróccoli e Zanon (2001) consideram que as diferentes modalidades de enfrentamento podem ser compreendidas como adaptativas ou não adaptativas, dependendo principalmente das contingências e das consequências de tais respostas. Alguns estudos que tiveram por objetivo identificar e analisar as estratégias de enfrentamento na população brasileira (Mensorio, Kohlsdorf & Costa Junior 2009; Seidl, 2005; Seidl, Rossi, Viana, Meneses & Meireles, 2005) utilizaram a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). A EMEP decorre de instrumento elaborado por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985), em versão adaptada para o português por Gimenes e Queiroz (1997), investigando a presença de quatro fatores comumente presentes em uma condição estressante para o indivíduo: enfrentamento focalizado no problema, focalizado na emoção, busca de suporte social e busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. Em grupos de portadores de doença crônica ou que sofreram discriminação, as

pesquisas indicam que pessoas que usam modos de enfrentamento voltados para a análise direta dos fatores estressores podem também utilizar estratégias voltadas para o suporte do ambiente, ou seja, explicam os eventos de suas vidas com base nas próprias habilidades e nas próprias ações e buscam o recurso de enfrentar as adversidades por meio do apoio do grupo social (Mensorio et al., 2009; Santos & Fernandes, 2009; Seidl et al., 2001; Seidl, 2005; Seidl et al., 2005).

Em contextos de cuidados à saúde, observa-se alusão frequente à influência de aspectos religiosos como auxiliares na cura e no tratamento de enfermidades (Faria & Seidl, 2006; Pargament, 1997). Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse ocorre o *coping* religioso; é o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o agente estressor e os problemas da vida. Ressalta-se que a fé é um termo amplo, que pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais (Panzini & Bandeira, 2007). Nesse sentido, em relação à enfermidade crônica, Biggar, Forehand, Devine, Brody, Armistead, Morse e Simon (1999) apontam a necessidade de mais estudos devido aos distintos significados das tradições e práticas religiosas na sociedade brasileira.

Diante da condição de prematuridade e do seu impacto para o exercício da maternidade, caberia indagar acerca das estratégias de enfrentamento mais predominantes nesse contexto e sua função adaptativa. Serra e Scochi (2004), em estudo realizado em UTIN sobre as dificuldades da amamentação de prematuros, apontam que o tempo prolongado de internação e a separação da família foram as principais dificuldades verbalizadas pelas mães. Ao investigarem os motivos para o desmame precoce em um grupo de recém-nascidos a termo, Carrascoza (2004) e Carrascoza, Costa Jr., Ambrozano e Moraes (2005) verificaram que uma das causas foi à volta ao trabalho. Assim diante do nascimento prematuro e das inúmeras

contingências que podem afetar o processo de amamentação, as mães necessitam desenvolver estratégias de enfrentamento para se adequar à nova situação (Arruda & Zannon, 2002; Braga et al., 2008; Silva, 2008).

### **1.7 Problema de pesquisa**

Com o avanço da Neonatologia e o surgimento das UTIN, a sobrevivência de prematuros de muito baixo peso aumentou significativamente, havendo uma crescente preocupação com seu crescimento e desenvolvimento, inclusive quanto aos aspectos emocionais e sociais (Feldman & Eidelman, 2003; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger & Muller-Nix, 2008; Hill et al., 2006). Muitos estudos estão sendo desenvolvidos no sentido de nortear a forma ideal de garantir, para o recém-nascido prematuro, práticas humanizadas, que não contemplem somente os aspectos tecnológicos e nutricionais, mas que sinalizem o caminho para promover a qualidade da atenção ao binômio mãe-filho (Anderson et al., 1999; Rao et al., 2002 ; Klein & Linhares, 2006; Scochi et al., 2003; Serra & Scocci, 2004).

Como foi apresentado anteriormente, os estudos apontam ser a amamentação de suma importância para a saúde e para o desenvolvimento desses bebês (Anderson et al., 1999; Braga et al., 2008; Delgado & Halpern, 2004; Giugliane & Lamounier, 2004; Gorgulho & Pacheco, 2008; Lana, 2001; Martins Filho, 1987; Mathuara & Naganuma, 2006; Osis, Duarte, Pádua, Hardy, Sandoval & Bento, 2004; Rao et al., 2002). O ato de amamentar, porém, não passa só pelo recém-nascido, mas também pela mãe e, a despeito do seu substrato biológico, é um processo que precisa ser construído e enfrentado, dependendo do significado atribuído por cada mulher (Vasconcelos, 2004; Vasconcelos et al., 2006).

Somando-se a essas questões de estudo, alguns questionamentos e algumas inquietações, decorrentes da prática médica de mais de 15 anos junto a mães de prematuros, motivaram a presente pesquisa no sentido de verificar, mesmo quando as mães recebem toda a assistência necessária, prática rotineira nos “Hospitais Amigos da Criança” (Brasil, 2002, 2003, 2004, 2008), por que algumas mulheres apresentavam dificuldades de aleitar o seu filho, indicando significados e vivências, que caminham para a esfera emocional.

O ato de amamentar revela-se muito mais que uma prática, programa ou aprendizado. É uma relação tão íntima e importante entre dois seres, pois o bebê necessita do leite para sobreviver, e a mãe por várias razões, muitas vezes, não é capaz de suprir as necessidades do filho. Assim, a experiência de ter um filho prematuro é única e singular e se caracteriza por uma complexidade de fatores, que transcendem o biológico e apontam para os aspectos emocionais e sociais (Araujo & Almeida, 2007; Ramos & Almeida, 2003). Cada mulher traz consigo sua história de vida e, por isso, há a necessidade de estudos que se respaldem numa perspectiva relacional e/ou histórica (Barros & Trindade, 2007; Javorski et al., 2004; Mahgoub, Bandeke & Nnyepi, 2002) e que se proponham a investigar como a mãe se adapta a esse processo, amamenta e enfrenta a prematuridade.

### **1.8 Contextualização dos estudos da dissertação**

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Dom Malan, um hospital público materno-infantil “Amigo da Criança”, que realizou, no período de um ano, uma média de 350 partos/mês (março de 2009 a março de 2010). Atualmente, a média é de 400 partos/mês (levantamento realizado no período de junho a setembro de 2010) e sua



clientela pertence a diferentes níveis socioeconômicos, com predominância de indivíduos com menor poder aquisitivo, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital Dom Malan possui uma UTI Pediátrica, Unidade Neonatal, Berçário Externo, Alojamento Canguru e Banco de Leite Humano. Foi fundado há 79 anos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, estando sob a gestão do município e funcionando como hospital geral com atenção nas áreas de clínica médica, emergência e materno-infantil.

Em 1995, recebeu o título de "Hospital Amigo da Criança", concedido pelo UNICEF por implantar os “Dez passos de incentivo e apoio ao aleitamento materno”. Logo em seguida, inaugurou o Banco de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno – intitulado BIAMA e, posteriormente, em 1998, o Banco de Leite Humano (UNICEF/WHO, 2009). No mesmo ano, foi inaugurado o Alojamento Canguru, atendendo ao Método de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo peso – Método Mãe Canguru (AHRNBP-MMC) (Brasil, 2002).

Em maio do corrente ano, o município de Petrolina devolveu para a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco a gestão do Hospital Dom Malan, sendo privatizado para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, passando a ser denominado Hospital Dom Malan - Gestão IMIP-Hospitalar. O hospital possui 200 leitos, assim distribuídos: UTI pediátrica e neonatal (8); UTI materna (10); Unidade Neonatal (24), sendo (16) leitos na Unidade de Cuidados Intensivos e (8) de Alojamento-Conjunto Patológico; Berçário externo (10); Alojamento-Conjunto (48); Alojamento Canguru (6); Pediatria (40); Gestaçã de Alto Risco (15); Ginecologia (17); Triagem da maternidade (7) e Pré-Parto (15). Possui Banco de Leite Humano e presta atenção à mulher e à criança, sendo referência para outros municípios circunvizinhos.

Na Unidade Neonatal (UN), foram hospitalizados 30 RN/mês, em média, no período de seis meses - setembro de 2009 a março de 2010 - período da coleta de dados. Desses, 28 RN prematuros e de baixo peso (nesse período de setembro de 2009 a março de 2010) foram para o Alojamento Canguru (AC), e 20 compuseram a amostra onde ficaram internados numa média de 11 dias (amplitude de variação: 2 a 18 dias), sendo acompanhados por suas mães, seguindo o que preconiza a AHRNBP-MMC (Brasil, 2002).

O hospital mantém esse título há 15 anos graças a uma equipe sensibilizada e capacitada, que luta pela causa da amamentação, tendo seu programa continuamente reavaliado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em cumprimento aos 10 passos da amamentação. O Banco de Leite Humano (BIAMA) é ligado à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Brasil, 2008), sendo referência de atendimento, não só para aquelas mães que tiveram seus filhos no hospital, mas também para todas as puérperas de hospitais privados e demais mães, que necessitem de apoio para amamentar o filho na cidade de Petrolina, PE e Juazeiro, BA. Assim, o BIAMA é uma referência em amamentação no Vale do São Francisco como o único Banco de Leite da região, recebendo várias manifestações de reconhecimento da comunidade pelos bons serviços prestados à causa da amamentação.

Para o sucesso do aleitamento materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC (Digirolamo, Grummer-Strawn & Fein, 2001; UNICEF/WHO, 2009), o Programa deve:

- 1) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida à equipe de saúde;

- 2) Treinar a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar essa norma;
- 3) Informar as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
- 4) Ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira hora após o parto;
- 5) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6) Não oferecer ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
- 7) Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8) Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- 9) Não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio; e
- 10) Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta da maternidade ou ambulatório.

Durante todo o período da internação do RN, a dupla mãe-bebê recebe apoio e incentivo à amamentação, tanto na UN (Unidade Neonatal) como no AC (Alojamento Canguru). No BIAMA, todos os esforços são feitos no sentido de priorizar a distribuição de leite humano ordenhado e pasteurizado para complementar a alimentação desse grupo de crianças, quando for necessário, até que suas mães tenham condições de suprir as suas necessidades exclusivamente com leite materno ordenhado e, em seguida, em amamentação exclusiva ao seio.

Além do BIAMA, todo o suporte oferecido pelos setores destacados (UN e AC), durante o período de internamento da díade se desenvolve mediante aconselhamentos e práticas humanizadas, no sentido de iniciar e manter a lactação (Brasil, 2008).

Com base no exposto, considerando a relevância do aleitamento materno, emergiu a proposta de investigar o enfrentamento do grupo de mães de prematuros, na tentativa de obter compreensão acerca de outros aspectos envolvidos na amamentação - como as estratégias de enfrentamento ou *coping* - além daqueles já comumente estudados, que fazem parte da rotina dos bancos de leite, voltados mais para os problemas relacionados à lactação como um processo fisiológico.

Nesse contexto, foi proposto o Estudo 1, “Estratégias de enfrentamento da condição de ser mãe acompanhante do bebê prematuro”, com o objetivo de analisar as principais estratégias utilizadas por 20 mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, durante sua internação na UN e no AC, ao lidar com o nascimento precoce do filho. Para a análise das estratégias de enfrentamento e sua relação com variáveis sociodemográficas, de suporte social e do bebê, foram utilizados cinco instrumentos: 1) Prontuários de internação dos recém-nascidos na UN (ANEXO A) e Protocolo de resumo de alta da UN e do AC (ANEXO B); 2) Ficha de atendimento do BIAMA (ANEXO C); 3) Protocolo de entrevista com as mães (APÊNDICE A); 4) Escala Modos de Enfrentamento de Problemas- EMEP (Seidl et al., 2001) (ANEXO D); 5) Critério de Classificação Econômica Brasil - ABEP (ANEXO E).

As estratégias de enfrentamento identificadas foram discutidas a partir da análise de variáveis maternas, do bebê e do ambiente. Procurando ampliar a análise acerca de como esse grupo de mães percebia a condição de prematuridade, o período de hospitalização e o início do aleitamento e interação da díade foi proposto o Estudo 2: “Percepções de mães de prematuros sobre a condição de acompanhante e o processo de amamentação”. As entrevistas (APÊNDICE A) foram realizadas com as mães durante a última semana de internamento no Alojamento Canguru e protocolos específicos foram utilizados para levantamento das variáveis

de suporte à amamentação (ANEXOS A, B, C e E). Da análise de conteúdo dos relatos maternos emergiu um conjunto de categorias em torno da prematuridade, amamentação, sentimentos durante a hospitalização e fontes de apoio.

Por fim, o terceiro estudo com o título “Aleitamento de prematuros: relações com estratégias de enfrentamento maternas, suporte social, características do bebê e variáveis sociodemográficas”. Esse teve por objetivo verificar as relações entre as variáveis da amamentação e as estratégias de enfrentamento maternas empregadas, variáveis de suporte social (familiar e profissional), além daquelas específicas do RN prematuro. Os dados obtidos a partir dos instrumentos já citados (ANEXOS A, B, C, D) e (APÊNDICE A) foram submetidos a tratamento estatístico para testar as associações entre a amamentação e as variáveis destacadas.

### **1.9 Aspectos éticos**

Cuidados éticos foram tomados, como o atendimento às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (1996), uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os participantes (APÊNDICE B), além da autorização para o desenvolvimento da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP sob o Nº 1615 (APÊNDICE C).

As mães foram convidadas a participar do estudo; foram explicados os objetivos, as contribuições da sua participação e como as entrevistas seriam conduzidas, além das considerações sobre os princípios éticos e o sigilo das informações. A pesquisa não ofereceu qualquer tipo de risco à integridade física da

mãe, que era livre para participar do estudo, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à assistência prestada ao filho no hospital. No tocante à integridade psicológica, por tratar de temas ligados ao enfrentamento da prematuridade e dificuldades vivenciadas em um momento crítico, as entrevistas poderiam desencadear reações emocionais negativas (por exemplo, choro ou ansiedade) em alguma mãe mais suscetível a problemas de depressão. Assim, esta pesquisa previu, se fosse necessário, o encaminhamento da mãe ao serviço de Psicologia do hospital, para o devido acompanhamento e intervenções.

Em relação aos benefícios, o aleitamento materno é primordial para o crescimento e desenvolvimento infantil, especialmente no grupo pré-termo, onde as vantagens da amamentação exclusiva ao seio são ainda mais importantes, justificando todos os esforços para a manutenção dessa prática salutar, tendo em vista uma amamentação bem-sucedida e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

## **1.10 Objetivos**

### **1.10.1 Objetivo geral**

Esta pesquisa identificou e analisou as estratégias de enfrentamento em mães de prematuros, durante o período de hospitalização, e suas relações com o processo de amamentação, em um hospital público de Petrolina, PE.

### **1.10.2 Objetivos do Estudo 1**

O Estudo 1 teve como objetivo geral identificar e analisar as estratégias de enfrentamento da condição de ser mãe acompanhante de recém-nascido prematuro internado na UN e no AC. Como objetivos específicos, foram considerados:

- 1) Identificar e analisar as estratégias de enfrentamento da condição de ser mãe acompanhante de recém-nascido prematuro internado na UN e no AC; e
- 2) Verificar as relações entre estratégias de enfrentamento e variáveis sociodemográficas, de suporte social e características neonatais.

#### 1.10.3 Objetivos do Estudo 2

O Estudo 2 procurou identificar as percepções acerca de ser mãe de um recém-nascido prematuro durante o período de hospitalização. Como objetivos específicos:

- 1) Analisar como o apoio da família afetou o processo de amamentação da mãe na condição de prematuridade;
- 2) Identificar e analisar o suporte social recebido pela mãe durante a internação do filho na UN e AC;
- 3) Caracterizar o suporte à amamentação recebido pela mãe durante todo o período de internação do RN; e
- 4) Identificar os sentimentos vivenciados pela mãe durante a internação do RN.

#### 1.10.4 Objetivos do Estudo 3

Verificar as relações entre as estratégias de enfrentamento de mães de prematuros durante o período de hospitalização e o processo de amamentação. Como objetivos específicos, foram considerados:

- 1) Caracterizar o processo de amamentação das mães na UN e AC;
- 2) Identificar as estratégias de enfrentamento emitidas pelo grupo de mães;

- 3) Verificar as relações entre amamentação e variáveis sociodemográficas; e
- 4) Identificar as relações entre amamentação e características do bebê.

A seguir, serão apresentados os três estudos citados, elaborados no formato de artigo científico, a serem submetidos à periódicos da área da Psicologia. Todas as variáveis investigadas nesta pesquisa poderão ser visualizadas na Tabela 1 (APÊNDICE D).



## 2 ESTUDOS

### 2.1 ESTUDO 1 - Estratégias de enfrentamento da condição de ser mãe acompanhante do bebê prematuro<sup>2</sup>.

#### Resumo

Esta pesquisa analisou as estratégias de enfrentamento de 20 mães de recém-nascidos prematuros durante internação (Unidade Neonatal e Alojamento Canguru) em hospital público. Foi aplicada a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas-EMEP e levantados dados sociodemográficos das mães, de suporte social e de saúde do bebê. Predominaram as estratégias focalizadas na busca de práticas religiosas, seguidas por focalização no problema. O enfrentamento de cunho religioso se relacionou com a variável residir na própria casa/companheiro e focalização no problema com as variáveis: religião católica, classes B2/C1, atividades no hospital e idade gestacional >37 semanas (alta do Alojamento Canguru). Confrontadas com a prematuridade, tais estratégias foram importantes para as mães na superação da hospitalização do bebê e para a amamentação bem-sucedida.

**Palavras-chave:** Enfrentamento; *Coping*; Mães; Prematuro; Neonatologia.

---

<sup>2</sup> A ser submetido a periódico científico fonte do tipo Times New Roman, classificado pelo Qualis/CAPES como B3 (Psicologia/2012).

**Abstract**

This study analyzed the coping strategies of 20 mothers of preterm newborns during their hospitalization (Neonatal Unit and Kangaroo Accommodation) in a public hospital. The Ways of Coping Checklist (Brazilian version - EMEP) was applied and sociodemographic data from mothers, social support and health of the baby were collected. Predominant strategies focused on the pursuance for religious practices, followed by focusing on the problem. The coping of a religious nature was related to the variable residence on her own / partner's home and focusing on the problem with the variables: Catholic, B2/C1 classes, activities at the hospital and gestational age > 37 weeks (discharge of Kangaroo Accommodation). Faced with prematurity, such strategies were important for mothers to overcome the infant's hospitalization and for successful breastfeeding.

**Keywords:** Coping; Coping; Mothers; Premature; Neonatology.

## 1 Introdução

O ser humano, como mamífero, sempre dependeu do leite materno para sua sobrevivência inicial (Almeida, 1999). Em diferentes estudos, destacam-se as propriedades nutritivas e imunológicas do leite humano (Rego, 2009), seu papel na maturação gastrointestinal (Giugliane & Lamounier, 2004), menor incidência de infecção e re-hospitalização (Carvalho & Tamez, 2005), maior desempenho no desenvolvimento neurocomportamental (Anderson, Johnstone & Remley, 1999), melhor desenvolvimento cognitivo e psicomotor (Rao, Hediger, Levine, Naficy & Vik, 2002), além de sua importante participação na formação do vínculo afetivo entre mãe e bebê (Alfaya & Schermannm, 2005).

O aleitamento materno é a estratégia isolada, que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física e mental da criança e da mulher que amamenta (Feldman & Eidelman, 2003; Klein & Linhares, 2006; Brasil, 2002; Rego, 2009) e, quando se trata de recém-nascidos prematuros, o leite materno é primordial para o seu desenvolvimento (Bier, Oliver, Ferguson, & Vohr, 2002; Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007; Rego, 2009).

Para Serra e Scochi (2004), um dos aspectos relevantes na assistência aos bebês prematuros internados na Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermediários e Alojamento Canguru se refere à sua alimentação em virtude de suas limitações gástricas, digestivas, e nutricionais. Além de sua importância para o bebê pré-termo e de baixo peso, para incentivar o aleitamento materno, torna-se necessário contemplar aspectos relacionados à mãe do prematuro, devido às necessidades peculiares desse grupo de mães (Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004; Rego, 2009), puérpera que vivencia uma situação diferenciada.

Alguns estudos (Araújo & Almeida, 2007; Alfaya & Schermann, 2005; Scortegagna, Miranda, Morch, Carvalho, Biasi e Cherubini, 2005) procuraram identificar as crenças e expectativas geradas no processo de amamentação da mãe do prematuro. Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes (2004) investigaram as expectativas de gestantes em final de gravidez,

quanto ao sexo do bebê, à sua saúde, às características psicológicas e à interação com a criança. Para essas mães, o filho se apresenta frágil, quando o imaginavam forte; doente, quando o imaginavam saudável; distante, quando o imaginavam em seus braços. Segundo Rego (2009), o estado emocional materno pode ser dominado por dois sentimentos fortes: o de incompetência e o de luto precoce, que dificultam a substituição do bebê que a mãe imaginou durante a gravidez. Assim, há um confronto da realidade com as expectativas gestadas junto com o bebê.

Scortegagna e colaboradores (2005), em estudo sobre interação no ambiente hospitalar, com uma amostra composta por nove bebês, de ambos os sexos, de 28 a 36 semanas de idade gestacional (IG) e suas respectivas mães, verificaram que as manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo mãe-bebê. É por meio dessas modalidades de contato que o neonato e sua mãe estabelecem a trama dos vínculos afetivos. Desse modo, é de fundamental importância que o processo interativo entre a mãe e seu filho pré-termo seja conhecido pelas equipes de cuidados intensivos neonatais, pois possui implicações diretas na qualidade da sobrevivência do bebê (Alfaia & Sherman, 2005; Braga, Machado & Bossi, 2008).

As mães enfrentam uma fase de estresse por ordem do nascimento de uma criança de baixo peso (Lana, 2000). Esses bebês necessitam de cuidados especiais e são submetidos à hospitalização prolongada em decorrência das intercorrências clínicas a que estão expostos, bem como o início tardio da sucção ao seio. Para que se sinta segura e tenha sucesso na manutenção da lactação durante o período como acompanhante, durante a hospitalização do bebê, é necessário que a mãe receba apoio e orientação dos profissionais de saúde, bem como de sua família (Scortegagna et al., 2005; Vasconcelos, Scochi & Leite, 2006). Contudo, a amamentação não é afetada somente pelo suporte social; depende também da forma como a

própria mãe lida com a prematuridade, motivo pelo qual é relevante analisar suas estratégias de enfrentamento nesse momento.

Enfrentamento, traduzido do inglês *coping*<sup>3</sup>, refere-se à adaptação sob condições adversas, que ocorrem quando a pessoa lida com mudanças drásticas de vida ou problemas que exigem novas formas de comportamento e provocam emoções ou estados afetivos desconfortáveis, tais como ansiedade, culpa, vergonha e luto (Lazarus, 1982; Lazarus & Folkman, 1984). Assim, as estratégias de enfrentamento implicam em uma reação diante de algo difícil, um problema, ou uma situação desafiante, com função adaptativa do comportamento na relação entre o organismo e o ambiente adverso, com um conjunto de estratégias para lidar com a situação ameaçadora (Arruda & Zannon, 2002). É preciso levar em conta que o conceito remete a todas as formas, adequadas ou não, de se lidar com os problemas (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003).

Inicialmente, Hans Selye formulou a Síndrome de Adaptação Geral, desenvolvendo pesquisas sobre o estresse, como o organismo do indivíduo reage para adaptar-se, apresentando reações fisiológicas diante de demandas externas, que prejudicam sua homeostase (Seidl, Tróccoli & Zanon, 2001). A partir dos anos 70 do século passado, Folkman, Lazarus, Gruen e De Longis (1986) desenvolveram uma teoria focada no modelo interativo do estresse, definindo enfrentamento como um conjunto de:

“esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo. (p. 421).”

A base dessa teoria é o aspecto cognitivo do enfrentamento quando o indivíduo interage com o meio para mediar às respostas ao agente estressor, que podem ser classificadas

---

<sup>3</sup> Neste trabalho, os termos “estratégia de enfrentamento”, “enfrentamento” e “*coping*” serão utilizados de modo intercambiável.

como “enfrentamento focalizado no problema” e “enfrentamento focalizado na emoção”, segundo proposta original de Lazarus e Folkman (1984).

No primeiro caso, a pessoa engaja-se no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio; são, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento. Na segunda modalidade, enfrentamento focalizado na emoção, cuja função principal seria regular a resposta emocional causada pelo agente estressor, o indivíduo pode apresentar comportamentos de afastamento, como negação ou esquiva (Seidl et al., 2001).

O enfrentamento religioso seria outra forma de *coping*, que pode influenciar na cura de doenças (Biggar, Forehand, Devine, Brody, Armistead, Morse & Simon, 1999). *Coping* religioso são estratégias cognitivas ou comportamentais para lidar com eventos estressores advindas da religião ou da espiritualidade. (Faria & Seidl, 2006). Panzini e Bandeira (2007) pesquisaram sobre religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS, indicando que o *coping* religioso, espiritual (CRE) está associado à saúde e à qualidade de vida desse grupo de indivíduos.

Dada a importância da conceituação de *coping* e de seus modelos avaliativos, Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998) constataram a necessidade de mais pesquisas no Brasil. Para avaliar as estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos em diferentes grupos, pesquisadores (Faria & Seidl, 2006; Mensorio, Kohlsdorf & Costa Junior, 2009; Santos & Fernandes, 2009; Seidl, 2005; Seidl, Rossi, Viana, Meneses & Meireles, 2005) têm utilizado a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP, na versão adaptada para a população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997), a partir do instrumento de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985).

Ainda no tocante ao uso de medidas de avaliação no país, Motta (2007) e Motta e Enumo (2004) elaboraram o Instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização - AEH para analisar o *coping* em crianças diante da doença crônica, além do Instrumento de Avaliação do Brincar no Hospital - ABH, para identificar as brincadeiras mais utilizadas durante o frequente ou longo período de hospitalização. Esses instrumentos foram utilizados em novos estudos (Carnier, 2010; Hostert, 2010) e podem se apresentar no formato computadorizado (Moraes & Enumo, 2008).

Aplicando o conceito de *coping* ou estratégias de enfrentamento ao contexto da amamentação de prematuros, percebe-se que essas mães vivenciam mudanças drásticas pelo tempo de permanência durante o internamento de seus filhos em unidades de terapia intensiva de modo que são submetidas constantemente a sentimentos de dúvida, medo, tristeza e saudades dos familiares (Rego, 2009; Serra & Scochi, 2004). Assim, considerando que o processo de amamentação é de suma importância para nutrir um bebê, devemos focalizar as dificuldades maternas para aleitar um prematuro: o filho distante dos braços, a sucção fisiologicamente fraca e uma mulher emocionalmente dominada por sentimentos negativos, que dificultam o estabelecimento de reflexos somatoneurológicos responsáveis pela descida do leite (Lana, 2001). De acordo com suas próprias vivências e características psicossociais, que devem ser respeitadas, as mães acompanhantes, de maneira única e singular, desenvolvem estratégias para superar esse momento e amamentar o filho (Alfaya & Schermannm, 2005; Araujo & Almeida, 2007; Braga et al., 2008; Gorgulho & Pacheco, 2008; Klein & Linhares, 2006; Rego, 2009). Vale ressaltar que outros aspectos relacionados à própria criança (peso ao nascimento e evolução clínica, por exemplo) e ao tipo de suporte recebido no hospital podem incrementar as dificuldades maternas nesse período.

Posto isso, diante da relevância do processo de amamentação e da condição de ser mãe acompanhante de recém-nascido (RN) prematuro durante a internação do filho na Unidade

Neonatal (UN) e no Alojamento Canguru (AC), esta pesquisa identificou, descreveu e analisou as estratégias de enfrentamento utilizadas nesse período e sua associação com variáveis neonatais, sociodemográficas e de suporte social.

## **2 Método**

### **2.1 Participantes e local de coleta de dados**

Participaram 20 mães de RN prematuro, que acompanharam seus filhos na Unidade Neonatal (UN)<sup>4</sup> e posteriormente, no Alojamento Canguru (AC), do Hospital Dom Malan, em Petrolina-PE, compondo, assim, uma amostra de conveniência.

O critério de inclusão na amostra foi ser mãe de RN classificado como pré-termo, com idade gestacional (IG) ao nascimento <37 semanas e/ou com baixo peso (<2500g) que, ao ingressarem no AC, procedentes da UN, estivessem pesando no mínimo 1250g. Já os critérios de exclusão foram: (a) mães de RN prematuros (PT) e baixo peso (BP), procedentes de outros setores do hospital, que não a UN; (b) mães com alguma patologia que dificulte ou contraindique a amamentação; (c) mães de gêmeos, pois, nessas condições, as demandas maternas, tanto biológicas como psicológicas e sociais, diferem das outras mães da amostra; e (d) RN com malformação ou outras patologias que dificultem a amamentação.

O Hospital Dom Malan passou da administração municipal para a gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, sendo privatizado para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e nomeado Hospital Dom Malan - Gestão IMIP Hospitalar no ano de 2010. É um hospital público materno-infantil “Amigo da Criança”, que realizou uma média de 350 partos/mês, durante um ano (março de 2009 a março de 2010). A

---

<sup>4</sup> A UN é um setor de cuidado intensivo que proporciona ao neonato de risco, com peso inferior a 2000g, assistência ventilatória, proteção térmica adequada, fluidoterapia, tratamento de suporte cardiovascular, hidroeletrólítico, metabólico e infeccioso, sendo este encaminhado à UTI Mista (Pediátrica e Neonatal) quando necessita de ventilação mecânica.



população atendida é proveniente de diferentes níveis socioeconômicos, com predominância de indivíduos com menor poder aquisitivo, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na UN, foram hospitalizados 30 RN/mês, em média, no período da coleta de dados (setembro de 2009 a março de 2010). Desses, 28 RNPT-BP, entre os meses de setembro de 2009 a março de 2010, foram para o AC, compondo a amostra 20 RNPT-BP, onde ficaram internados uma média de 11 dias (amplitude de variação-AV: 2-18), acompanhado por suas mães, seguindo o método de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru (Brasil, 2002).

Durante o período total de internação (4-62 dias), a díade mãe-bebê recebeu apoio e incentivo à amamentação, tanto na UN como no AC, conforme norma de um Hospital “Amigo da Criança”. Esse apoio também é oferecido pelo Banco de Leite Humano (BIAMA), por meio de aconselhamentos e práticas humanizadas, que priorizam a distribuição de leite humano ordenhado e pasteurizado para complementar a alimentação do RNPT-BP, até que suas mães tenham condições de suprir as suas necessidades exclusivamente com leite materno ordenhado e, em seguida, em amamentação exclusiva ao seio (Brasil, 2008).

## **2.2 Instrumentos**

Foram utilizados cinco instrumentos para a coleta de dados, descritos a seguir:

- 1) Prontuários de Internação dos recém-nascidos na Unidade Neonatal (UN) e no Alojamento Canguru (AC) e protocolos de resumo de alta da UN e do AC - contêm dados de caracterização da mãe e do bebê; vias de administração da dieta oferecida; alimentação do bebê na alta da UN para o AC; e dados da internação.
- 2) Ficha de atendimento do Banco de Leite (BIAMA) - dados de caracterização da mãe, informações sobre as dificuldades para amamentar e acompanhamento do processo de amamentação pela equipe desse setor.

3) Protocolo de entrevista com as mães, com 32 perguntas objetivas e subjetivas, composto por três partes: I- Dados demográficos; II - Variáveis de suporte social; e III- Dados de caracterização de suporte à amamentação e variáveis relativas ao enfrentamento de dificuldades e respectivos sentimentos.

4) Escala Modos de Enfrentamento de Problemas-EMEP (Seidl et al., 2001) - instrumento que permite uma análise clínica ou qualitativa das estratégias de enfrentamento a partir da avaliação das respostas aos 45 itens organizados em quatro fatores: estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, focalizadas na emoção, busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social.

4) Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008) – sistema de classificação que, a partir do levantamento de 10 variáveis (número de automóveis, aparelhos de TV, nível de instrução do responsável pela família, por exemplo), estabelece 8 classes econômicas: Classe A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. As classes A1, A2, B1 apresentavam renda média familiar (RMF) superior a R\$2.256,00, seguidas da classe B2/C1 com RMF entre R\$1.318,00 e R\$2.256,00, a classe C2 com renda média familiar (RMF) de R\$861,00 e as classes D/E, com RMF de R\$329,00 a R\$573,00 correspondendo à faixa de salários-mínimos da época.

### **2.3 Procedimento**

Os dados foram coletados com as mães acompanhantes dos bebês prematuros durante a última semana de internamento dos seus filhos no AC. A EMEP (Seidl et al., 2001) teve aplicação individual assistida pelo pesquisador. Foram feitas entrevistas individualizadas, gravadas, com as mães, no próprio AC, e consulta aos protocolos de atendimento no BIAMA, sendo também realizado o levantamento de informações médico--clínicas nos prontuários de internamento e alta dos RN. Foi aplicado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008).

Cuidados éticos foram tomados, como o atendimento às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (1996), uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todos os participantes, além da autorização para o desenvolvimento da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP sob o N° 1615.

## **2.4 Análise de dados**

A análise dos dados da EMEP seguiu as instruções propostas pelos autores (Seidl et al., 2001) para avaliação da estrutura fatorial no grupo de mães: a) Fator 1 enfrentamento focalizado no problema (18 itens); b) Fator 2: enfrentamento focalizado na emoção (15 itens); c) Fator 3: busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (7 itens); e d) Fator 4: busca de suporte social (5 itens). Os escores variam de 1 a 5 (1= Eu nunca faço isso; 5 = Eu faço isso sempre) e os mais elevados são indicativos de uma maior utilização daquelas estratégias de enfrentamento.

Os dados foram submetidos a tratamento estatístico por meio do pacote *PASW-Predictive Analytics Software 17.0*, sendo aplicados testes não paramétricos, como o de Mann-Whitney (questão com 2 respostas) e o de Kruskal-Wallis (questão com mais de 2 respostas), para comparar as pontuações dos fatores de enfrentamentos obtidos pela EMEP com as variáveis do estudo (neonatais, sociodemográficas e de suporte social).

Em uma segunda análise, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparação de dois grupos pareados (em função do tempo de internação), no caso, medidas feitas no mesmo indivíduo. A hipótese a ser testada era a de que as medidas de dois tipos de enfrentamentos teriam a mesma distribuição no mesmo grupo de mães.

Por fim, outras modalidades de enfrentamento foram levantadas a partir do relato das mães durante a entrevista, seguindo a proposta de análise de conteúdo de Bardin (1979). Da

análise de conteúdo dos relatos maternos emergiu um conjunto de categorias em torno da prematuridade, amamentação, sentimentos durante a hospitalização e fontes de apoio.

### **3 Resultados**

#### **3.1 Descrição sociodemográfica do grupo de mães e características do bebê**

A idade das 20 mães acompanhantes variou entre 18 e 37 anos, sendo 65% menores de 30 anos (n=13). No que se refere à escolaridade, a maioria (n=14) tinha Ensino Fundamental completo, cinco mães concluíram o Ensino Médio e uma mãe, o nível Superior. Quanto à profissão, observou-se que esse grupo exercia suas atividades no lar (n=4), eram estudantes (n=6) ou agricultoras (n=6). Destas, apenas duas tinham carteira assinada. Em relação à religião, 15 mães afirmavam ser católicas. No tocante à composição familiar, a maior parte (n=18) vivia com esposo ou companheiro, residindo na própria casa (n=13) e um pouco mais da metade (n=12) tinha somente um filho; o número de membros na família variou de 3 (n=9) a 9 (n=1) pessoas.

Houve predomínio dos níveis mais baixos de renda familiar, a maior parte (n=17) com renda de um a dois salários mínimos, mas algumas (n=3) com renda ainda menor; apenas quatro mães possuíam renda individual. Duas mães ganhavam acima de um salário mínimo, sendo uma com atividade de carteira assinada; as outras duas tinham emprego informal. Quando entrevistadas em relação ao número de bens e nível de escolaridade do chefe da família (ABEP, 2008), a amostra apresentou a seguinte distribuição socioeconômica: C2 (n=8) com renda média familiar (RMF) de R\$861,00, seguida das classes D/E (n=7) com RMF de R\$329,00 a R\$573,00 e B2/C1 (n=5) com RMF entre R\$1.318,00 e R\$2.256,00.

Quanto à procedência, as mães residiam nas cidades de Petrolina (n=9) e Juazeiro (n=5), sendo o restante proveniente de outras localidades próximas da região, dos estados de Pernambuco e Bahia (n=6).

No tocante às variáveis neonatais, a maior parte (n=13) dos bebês nasceu com IG acima de 32 semanas e peso inferior a 1500g. Por ocasião da alta da UN e ingresso no AC, 55% dos bebês eram menores de 35 semanas (considerando a idade gestacional corrigida - IGC) e o peso (n=14) menor que 1500g; a alta da UN ocorreu antes do 20º dia (n=15). Os RN (n=8) permaneceram de 10 a 20 dias internados na Unidade Neonatal (UN) e, no total, passaram menos de 30 dias nesse setor (n=18).

### **3.2 Suporte social**

No que se refere ao apoio social esse, foi descrito pelas mães (n=18) a partir de sua participação no Encontro de Mães Acompanhantes - EMA. Dezenove mães (90%) receberam a visita do pai do bebê e, de igual modo, foram visitadas por outros familiares como avós, irmãos e amigos. Sobre a visita dos filhos, entre as oito mães que possuíam outros filhos, quatro receberam a visita e quatro não foram visitadas. A maioria fez referência ao apoio da equipe multidisciplinar da UN, BIAMA e AC, bem como às informações recebidas (n=16) sobre a ida do filho para o AC. No entanto, nenhuma das mães recebeu suporte emocional (acompanhamento) oferecido por um profissional ao realizar a primeira visita ao filho na UN.

### **3.3 Estratégias de enfrentamento**

Os escores da EMEP indicaram a variabilidade das respostas de enfrentamento emitidas pelas 20 mães do estudo. Os resultados mostraram que a modalidade de enfrentamento mais usada foi a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (M=4,20; DP=0,73; Mdn=4,43; AV=2,71-5,0), seguida de enfrentamento focalizado no problema (M=3,56; DP=0,82; Mdn=3,66; AV=1,83-4,72). O enfrentamento focalizado na busca de suporte social (M=2,81; DP=1,42; Mdn=2,60; AV=1,00-5,00) foi relatado com menor frequência. Estratégias focalizadas na emoção foram referidas como as menos utilizadas (M=1,94; DP=0,77; Mdn=1,77; AV=1,07-4,00).

Considerando a variável tempo de internação dos bebês, as mães foram divididas em dois grupos: a) as que permaneceram até 30 dias (4 a 30 dias) acompanhando o filho no hospital; e b) as que permaneceram mais de 30 dias (31 a 62 dias). Em ambos os grupos, as médias da estratégia busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e enfrentamento focalizado no problema foram as maiores, sendo o enfrentamento focalizado na emoção o recurso menos utilizado. Esses dados podem ser visualizados na (Tabela 1).

Tabela 1- Estratégias de enfrentamento segundo o tempo de internação dos bebês

Grupo de mães	Enfrentamento	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio-padrão
Até 30 dias (n = 12)	Focalizado no problema	1,83	4,61	3,80	3,63	0,85
	Focalizado na emoção	1,13	2,87	1,93	2,02	0,66
	Busca de práticas religiosas	2,86	5,00	4,43	4,10	0,72
	Busca de suporte social	1,00	4,20	2,60	2,63	1,30
Mais de 30 dias (n= 08)	Focalizado no problema	2,24	4,72	3,35	3,46	0,83
	Focalizado na emoção	1,07	4,00	1,60	1,81	0,95
	Busca de práticas religiosas	2,71	5,00	4,57	4,34	0,78
	Busca de suporte social	1,00	5,00	3,00	3,08	1,64

Embora o grupo de mães com bebê internado por mais de 30 dias tenha apresentado uma média um pouco maior ( $M = 4,34$ ) na estratégia busca de práticas religiosas, em comparação com a análise da EMEP efetuada em toda a amostra ( $M = 4,20$ ), a variável tempo de internação parece não ter influenciado o repertório das estratégias de enfrentamento maternas, já que os resultados foram semelhantes nas duas análises consideradas.

### 3.4 Estratégias de enfrentamento e variáveis da mãe e do bebê

Testes não paramétricos foram utilizados para verificar a associação entre as estratégias de enfrentamento e as demais variáveis do estudo (sociodemográficas maternas e da condição médico-clínica do bebê). Na correlação dessas variáveis com o fator enfrentamento focalizado no problema obteve-se maior pontuação, estatisticamente significativa, no grupo de mães católicas ( $p$ -valor = 0,016), incluídas nas classes

socioeconômicas B2 e C1 (p-valor = 0,003), com RMF entre R\$1.318,00 e R\$2.256,00 (ABEP, 2008), e que participaram (durante o período de hospitalização) de alguma atividade educativa/religiosa (p-valor = 0,028). Na variável do bebê, a maior pontuação foi para os que estavam com IG maior de 37 semanas por ordem da alta do AC (p-valor = 0,039).

No tocante ao enfrentamento focalizado na emoção, houve significância estatística na variável sociodemográfica “número de filhos”, indicando que as mães com mais de um filho (p-valor = 0,018) fizeram maior uso de estratégias paliativas ou de afastamento do estressor do que aquelas com apenas um filho.

Para o enfrentamento focalizado na busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, a variável “local/com quem reside” indicou que o grupo de mães que morava sozinha/vivia com os pais (p-valor = 0,031) teve maior pontuação do que as mães que relataram viver na “sua casa com o esposo/companheiro”.

Nas demais variáveis não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as respostas. Os resultados estão descritos na (Tabela 2).

Tabela 2- Relações entre os tipos de enfrentamento das mães (EMEP) e as variáveis sociodemográficas, de suporte social e do bebê

Variáveis	Tipo de enfrentamento	Estatísticas descritivas				p-valor
		n	Mediana	Média	Desvio-padrão	
	<i>Focalizado no problema</i>					
	<b>Religião</b>					
Sociodemográficas	Católica	15	3,87	3,82	0,73	0,016*
	Outras	5	2,83	2,80	0,62	
	<b>Classe socioeconômica</b>					
	B2/C1	5	4,44	4,47	0,18	0,003*
	C2	8	3,72	3,64	0,58	
	D/E	7	2,83	2,83	0,64	
Suporte social	<b>Participação em alguma atividade educativa/ religiosa</b>					
	Sim	12	3,88	3,88	0,73	0,028*
	Não	8	2,97	3,09	0,76	
Bebê	<b>Idade gestacional alta AC</b>					

	Menor de 37 semanas	13	3,50	3,30	0,78	
	Maior de 37 semanas	7	4,33	4,05	0,70	0,039*
<b><i>Focalizado na emoção</i></b>						
<b>Nº de filhos</b>						
Sociodemográficas	Um	12	1,50	1,63	0,60	
	Mais de um	8	2,20	2,40	0,80	0,018*
<b><i>Busca de práticas religiosas / pensamentos fantasiosos</i></b>						
<b>Local/com quem reside</b>						
Sociodemográficas	Sua casa/companheiro ou esposo	13	4,33	4,02	0,67	
	Casa dos pais /sozinha	7	4,71	4,53	0,77	0,031*

### Grupos homogêneos de mães

Na Tabela 3 apresenta-se a comparação entre as medidas de dois tipos de enfrentamentos, mediante o teste não paramétrico, em dois grupos pareados (período de internamento maior ou menor que 30 dias), com resultados semelhantes às análises já descritas.

Para as mães com o bebê internado até 30 dias, dois grupos homogêneos de enfrentamentos se destacaram. Os enfrentamentos focalizados na busca de práticas religiosas e no problema foram os que apresentaram os valores maiores, havendo um segundo grupo, com índices menores, referentes às modalidades de enfrentamentos focalizados na emoção e na busca de suporte social.

Já no grupo de mães cujos bebês ficaram mais de 30 dias internados, não houve uma definição tão clara quanto no primeiro grupo, formando três grupos homogêneos. Os enfrentamentos focalizados na busca de práticas religiosas e no problema apresentaram as maiores medianas, contudo, não foi possível afirmar que a estratégia focalizada no problema fosse maior do que a busca de suporte social, como se pode ver na Tabela 3.



Tabela 3- Grupos homogêneos formados pelo teste de Wilcoxon

Grupo	Enfrentamentos	Grupos homogêneos (Mediana)		
		A	B	C
Até 30 dias	Problema		3,80	-
	Emoção	1,93		-
	Busca de práticas religiosas		4,43	-
	Suporte social	2,60		-
Mais de 30 dias	Problema		3,35	3,35
	Emoção	1,60		
	Busca de práticas religiosas			4,57
	Suporte social	3,00	3,00	

Como as mães enfrentaram o internamento dos seus filhos

A partir das entrevistas, foi possível levantar outras informações sobre a forma como as mães enfrentavam a prematuridade, seguida da hospitalização. Os indicadores de enfrentamento foram estabelecidos e categorizados conforme os relatos maternos como: a condição de ser mãe acompanhante, a convivência com as outras mães, sentimentos positivos e negativos vivenciados. Na avaliação dos relatos sobre a sua situação geral como mãe acompanhante de um bebê prematuro e/ou baixo peso foram levantados, com maior frequência, comportamentos de enfrentamento adaptativo focados no problema e no suporte religioso.

Em consonância com os dados da EMEP, a amostra ressaltou as práticas religiosas como uma importante estratégia de enfrentamento diante de situações difíceis. Há um grande impacto para a mãe e sua família em função da chegada precoce do bebê: “(...) *Coragem, fé em Deus, os filhos estão em boas mãos. A fé supera tudo*”. (Isabela, 18 anos).

Como era esperado, ao lado da ansiedade nos primeiros dias, as mães relataram outros indicadores de enfrentamento focalizado na emoção, como depressão, medo e angústia. Todavia, das 20 mães, 16 indicaram que frequentemente lançaram mão de práticas religiosas para lidar com o sofrimento do filho tão pequeno, o que reforça o papel da religião e da espiritualidade no manejo diante de situações estressantes. Entre as práticas citadas, destacaram-se as visitas à capela do hospital, a participação nas missas, à fé e os momentos de

oração: “(...) *Acredite em Deus como eu acreditei, reze ore, peça força que Ele dá. Quando Ele começa um trabalho, vai até o fim*”. (Raquel, 25 anos). Outra mãe, ao ser indagada sobre a atividade que realizava durante os 62 dias que passou acompanhado o filho prematuro, respondeu: “(...) *Ia para a missa toda a quinta-feira*”. (Isabela, 18 anos).

Vale ressaltar que somente uma das mães (Renata, 22 anos) diferenciou-se das demais quando afirmou não ter nenhuma religião; porém, na análise do seu perfil de enfrentamento, houve predominância do uso de estratégias focalizadas na busca de práticas religiosas, o que pode sugerir que religião e práticas religiosas (medido pela EMEP) tenham sentidos diferentes para essa mãe.

O apoio recebido pela equipe de profissionais foi bem destacado pelo grupo, que também fez referência à participação em atividades educativas, como as palestras sobre a amamentação, com avaliação positiva acerca das demais atividades oferecidas pelo hospital à família do prematuro: “(...) *que continuem fazendo esse bom trabalho, muito bonito o trabalho de vocês*.” (Íris, 33 anos).

Muitos relatos indicaram a adoção de estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e ressignificação do problema, ou seja, essas mães focaram na doença do filho para superar as novas adversidades:

*“Para ser mãe de prematuro, o cuidado tem que ser dobrado; em primeiro lugar está os nossos filhos. (...) A partir de agora, a vida da mãe gira em torno do filho.”*(Mariana, 36 anos).

#### **4 Discussão**

Uma das formas de compreensão do mecanismo do estresse e seus efeitos no indivíduo decorrem da análise das estratégias de enfrentamento, processo no qual se administram as demandas internas ou externas específicas percebidas como estressantes e as emoções que são geradas (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, nas últimas décadas, a perspectiva teórica, que concebe estresse e enfrentamento a partir da interação entre o

organismo e seu ambiente, obteve destaque especial na área da Psicologia da Saúde (Lazarus, 1982; Seidl et al., 2001).

Com tal enfoque, este estudo, por meio da EMEP e de entrevistas, possibilitou a identificação do perfil de enfrentamento de um grupo de mães, ao se defrontar com a vivência da hospitalização de seu filho - um bebê prematuro e de baixo peso percebido como frágil e desamparado - e, posteriormente, logo após o nascimento, com a impossibilidade de amamentá-lo. As pesquisas nos levam a afirmar que o principal desafio enfrentado pelas mães de prematuros é o de se adaptar ao conflito entre a imagem idealizada e a imagem do bebê que têm diante de si, o que certamente não ocorre sem sofrimento (Klein & Linhares, 2006; Rego, 2009; Scortegagna et al., 2005). Tal como outras mães (Araujo & Almeida, 2007; Braga et al., 2008; Gorgulho & Pacheco, 2008), as nossas mães prematuras apresentaram dificuldades em adaptar-se à nova realidade.

Apesar dessas dificuldades iniciais, a constatação de que as estratégias mais utilizadas pelas mães para lidar com a condição de prematuridade, na tentativa de superar o medo, a ansiedade e a angústia pela hospitalização prolongada, foram às práticas de caráter religioso e focalizadas no problema, com menor predominância das estratégias focalizadas na emoção, conferem ao grupo um caráter mais adaptativo no manejo dos estressores. Tais resultados são semelhantes aos de pesquisas no país que avaliaram o enfrentamento na população em geral (Mensorio et al., 2009; Faria & Seidl, 2006; Santos & Fernandes, 2009; Seidl, 2005; Seidl et al., 2001; Seidl et al., 2005). No estudo de Seidl et al. (2005), as médias das estratégias focalizadas no problema e na busca de práticas religiosas também foram mais altas, indicando maior utilização dessas duas estratégias em cuidadores primários de crianças e adolescentes soropositivos.

É comum, em contextos de cuidados à saúde, observarmos a alusão à influência de aspectos religiosos como auxiliares no processo de cura e tratamento de enfermidades (Biggar

et al., 1999). Em relação às estratégias de busca de práticas religiosas, as pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem, e têm na comunhão divina um recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentar os problemas. Para Faria e Seidl (2006), seria incorreto limitar as funções da religiosidade ao comportamento de esquiva ou distorção de fatos reais, como forma de proteção do indivíduo no confronto com a realidade. Segundo Panzini e Bandeira (2007), o *coping* religioso/espiritual (CRE) é utilizado especialmente em situações de crise, e as pessoas empregam mais CRE positivo ou negativo, dependendo, respectivamente, da melhor ou pior condição de saúde física/mental e qualidade de vida.

O estudo de Mensorio et al. (2009), com cuidadores de crianças e adolescentes com diagnóstico de leucemia reafirma que, dadas as características de nossa cultura que valorizam a espiritualidade e as experiências ritualísticas, as estratégias focalizadas em busca de práticas religiosas se constituem em legítimo recurso psicológico de enfrentamento de situações tão adversas. Por outro lado, uma interpretação de falta de controle do agente estressor também pode favorecer a adoção de tais estratégias, ao atribuir a uma ação divina (locus de controle externo) o estado atual. Nesse sentido, o impacto que um evento tem diante da capacidade de reação de um indivíduo é mediado pela interpretação que ele faz de sua situação (Lazarus & Folkman, 1984).

Para Seidl et al. (2001), o enfrentamento relacionado à religião pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a busca de suporte social. Em nosso estudo, quando analisamos o enfrentamento focalizado no problema em função das variáveis sociodemográficas, foram encontradas diferenças significativas para a religião, onde as mães católicas obtiveram maior pontuação, bem como para a participação em atividades educativas e religiosas durante a hospitalização. Mais especificamente quanto a este segundo aspecto, é possível que a busca de suporte social, terceira estratégia mais utilizada pelo nosso

grupo, tenha surgido como um recurso auxiliar para o enfrentamento da prematuridade, tendo em vista a participação em grupo de apoio (Encontro de Mães Acompanhantes - EMA) e nos demais programas oferecidos pelos setores do hospital (UN, AC e BIAMA), do suporte familiar (visita do companheiro e dos filhos), e das amizades feitas com outras mães de prematuros. Assim, a exemplo do que Seidl e cols. (2001) discutem quanto ao enfrentamento, nossa amostra lançou mão de diferentes estratégias, com funções complementares, para lidar com uma condição que oferecia elevado e contínuo nível de sobrecarga emocional.

Outro aspecto que podemos considerar no intercâmbio entre diferentes modalidades de enfrentamento é o de que as estratégias focalizadas no problema necessitam de suporte externo ou ambiental, pois requer que o meio forneça possibilidades para que o indivíduo busque formas de reduzir o estresse (Lazarus & Folkman, 1984). Para Santos e Fernandes (2009), uma das formas mais frequentes de se lidar com uma situação adversa está pautada no apoio de pessoas próximas, que compartilham as repercussões originadas por essa experiência. Para os autores, o suporte social pode ser entendido como uma teia de relações que a pessoa estabelece com grupos de pertença, servindo como âncoras afetivas e cognitivas para os momentos de crise. Desse modo, considera-se que o apoio oferecido pela equipe de saúde e pelo ambiente social (família e companheiras que compartilhavam a mesma situação) auxiliaram as mães na adoção de estratégias cognitivas adaptativas como a reavaliação positiva e a busca de informações, além do espírito de luta compartilhado pelo grupo.

Não foi encontrada relação significativa entre tipo de enfrentamento e nível de escolaridade materna, mas, diferente de alguns estudos com a EMEP (Mensorio et al., 2009; Santos & Fernandes, 2009; Seidl, 2005; Seidl et al., 2005), a associação entre estratégias focalizadas na emoção e níveis mais baixos de escolaridade não se confirmou, visto que essas foram as estratégias menos utilizadas pelas mães que, em sua maioria, concluíram somente o ensino fundamental.

Ainda, na correlação entre as variáveis estratégias de enfrentamento e dados sociodemográficos, o enfrentamento focalizado no problema obteve relação estatisticamente significativa com as classes socioeconômicas B2/C1 (2,7 a 4,5 salários mínimos), estimadas pelo protocolo da ABEP (2008), para um subgrupo da amostra com melhor renda e nível de escolaridade que, dentro do grupo, corresponde a uma minoria, já que a maior parte possuía apenas o ensino fundamental completo (n = 14) e predomínio de níveis baixos de renda familiar (n=17), de um a dois salários mínimos. Esse dado difere um pouco da análise comparativa entre os tipos de enfrentamento mais frequentes e as médias do grupo, pois a maioria (nas entrevistas) indicou níveis mais baixos de escolaridade e renda familiar até 3 salários mínimos. Vale ressaltar que o protocolo da ABEP utiliza como indicadores, para a classificação socioeconômica, tanto itens de consumo quanto o nível de escolaridade do chefe da família e, no caso, algumas mães atribuíram ao companheiro essa função. É preciso considerar, também, que o delineamento adotado, com a quantidade de participantes (n=20), exigiu integrar duas classes socioeconômicas (B2/C1 e D/E) na comparação entre os conjuntos de variáveis (estratégias de enfrentamento x dados sociodemográficos). Assim, para uma análise mais precisa, seria necessário, em uma amostra maior, isolar e estimar o peso de cada uma dessas duas variáveis: escolaridade e classificação socioeconômica.

Na avaliação do perfil de enfrentamento em populações de risco para problemas psicológicos, a predominância do enfrentamento focalizado na emoção oferece indícios para dificuldades nessa esfera, indicando sentimentos de culpa e outras emoções negativas, além de comportamentos de esquiva do estressor (Seidl et al., 2001). Essa modalidade de enfrentamento obteve significância estatística com o grupo de mães que possuía mais de um filho. Os relatos discorrem sobre a saudade das crianças que estavam em casa e a preocupação com os cuidados e seu bem-estar, por ficarem muitos dias acompanhando o bebê prematuro. Assim, a condição de hospitalização pode ter sido avaliada como pouco suscetível à mudança,

sendo superior à capacidade de manejo (Lazarus & Folkman, 1984), cabendo às mães administrar a sensação de prejuízo e ameaça imputada pela ausência de casa e saudade referidas.

Com pouca variação, as diferentes análises descritivas realizadas sobre as modalidades de enfrentamento da amostra apresentaram o mesmo padrão. Apenas na comparação entre os dois grupos de mães, considerando a variável tempo de internação (maior ou menor que 30 dias), houve três grupos homogêneos de enfrentamento; todavia, o valor maior se manteve nesse subconjunto (enfrentamento focalizado na busca de práticas religiosas e no problema).

É possível que as mães que permaneceram acompanhando os filhos na UN e no AC por mais de 30 dias tenham sido aquelas que necessitaram recorrer mais a esforços cognitivos e comportamentais (Folkman et al., 1986), conferindo um padrão de maior variabilidade no enfrentamento (busca de suporte social, além de estratégias de busca de práticas religiosas e focalização no problema).

Podemos afirmar que a EMEP se mostrou um instrumento sensível para capturar o perfil das estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelo grupo, algumas também destacadas nos relatos obtidos nas entrevistas. Contudo, a impossibilidade de comparar esses dados com os achados de pesquisas com amostra semelhante na aplicação da escala, impõe limites à nossa análise, além do tamanho reduzido da amostra, como foi citado. Ressaltamos a importância de novos estudos para mapear as modalidades de enfrentamento em populações submetidas a elevado nível de estresse no contexto de hospitalização. Outro aspecto, de caráter metodológico, envolve uma investigação mais aprofundada acerca da dimensão religiosa como estratégia de enfrentamento adaptativa, tão presente nos estudos com a população brasileira. Conforme Faria e Seidl (2006) destacam, o sentido de transcendência se apresenta como um grande aliado para quem necessita restaurar sua integridade abalada.

Compreender o significado e as vivências das mães, tendo em vista a condição de

prematuridade e baixo peso do RN, certamente oferece subsídios para organização de programas de intervenção voltados para o enfrentamento materno dessa condição, com repercussões positivas no desenvolvimento psicológico e bem-estar do bebê.

## 5 Referências

- Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 279-285.
- Almeida, J. A. G. (1999). *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychological Association (2001). *Manual de Publicação da American Psychological Association* (4a ed., D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: A meta-analysis. *American Journal Clinical Nutrition*, 70(4), 525-235.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Araújo, R. M. A., & Almeida, J. A. G. (2007). Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, 20(4), 431-438.
- Arruda, P. M., & Zannon, C. M. L. C. (2002). *Tecnologia comportamental em saúde - Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: Evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP. Recuperado em 24 abril 2009 de <http://www.abep.org>.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).
- Bier, J. A. B., Oliver, T., Ferguson, A. E., & Vohr, B. R. (2002). Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. *Journal of Human Lactation*, 18(4), 361-367.



- Biggar, H., Forehand, R., Devine, D., Brody, G., Armistead, L., Morse, E. & Simon, P. (1999). Women who are HIV infected: The role of religious activity in psychosocial adjustment. *Periodicals Aids Care*, 11(2), 195-199.
- Braga, D. F., Machado, M. M. T., & Bosi, M. L. M. (2008). Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: Percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, 21(3), 293-302.
- Brasil. Ministério da Saúde (1996). Resolução 196/96: *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 22 Setembro 2009 de <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 22/07/2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe-Canguru. Manual do curso*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2008). *Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos*. Brasília, DF: Autor.
- Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, SP.
- Carvalho, M. R., & Tamez, R. N. (2005). *Amamentação. Bases científicas* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Feldman, R., & Eidelman, A. (2003). Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. *Developmental Psychology*, 43(2), 111-119.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

- Gimenes, M. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer* (pp.111-147). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Gimenes, M.G.G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Giugliani, E. R. J., & Lamounier, J. A. (2004). Aleitamento materno: Uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, 80(5 supl.), 117-118.
- Gorgulho, F. R., & Pacheco, S. T. (2008). Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: A vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), 19 -24.
- Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C., & Victora, C. G. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic review and meta-analyses. *WHO Library Cataloguing-in-Publication*, Washington, DC: World Health.
- Hostert, P. C. C. P. (2010). *Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 277-284.
- Lana, A. P. B. (2001). *O Livro de estímulo à amamentação: Uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação*. São Paulo: Atheneu.
- Lazarus, R. S. (1982). Stress and coping as factors in health and illness. In J. Cohen (Org.). *Psychosocial aspects of cancer*. New York: Raven Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Mensorio, M. S., Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2009). Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. *Psicologia em Revista*, 15(1), 158-176.

- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *PsicoUSF*, 13(2), 221-231.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Rao, M. R., Hediger, M. L., Levine, R. J., Naficy, A. B., & Vik, T. (2002). Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatrica*, 91(3), 267-274.
- Rego, J. D. (2009). Aleitamento materno. In J. D. Rego (Org.). *Amamentando um prematuro*. (pp. 660). São Paulo: Atheneu.
- Santos, F. A., & Fernandes, S. C. F (2009). Enfrentamento, *locus* de controle e preconceito: um estudo com pessoas de orientação sexual homoafetiva. *Psicologia em Revista*, 3(15), 101-119.
- Scortegagna, S. A., Miranda, C.A., Morch, D. S., Carvalho, R.A., Biasi, J., & Cherubini, F. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Revista de Psicologia da Vetor*, 6(2), 61-70.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sócio-demográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.

- Seidl, E. M. F., Rossi W. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F., & Meireles, E. (2005). Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: Aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Serra, S. O. A., & Scochi, C. G. S. (2004). Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 597-605. Recuperado em 26 Junho 2008 em <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altaman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Vasconcelos, M. G. L., Scochi, C. G. S., & Leite, A. M. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(1), 47-57. Recuperado em 11 Janeiro 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a06v6n1.pdf>.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26.

## 2.2 ESTUDO 2 - Percepções de mães de prematuros sobre a condição de acompanhante e o processo de amamentação.<sup>5</sup>

### Resumo

Esta pesquisa analisou a condição de ser mãe acompanhante de recém-nascido prematuro internado na Unidade Neonatal e Alojamento Canguru e o processo de amamentação, em hospital público de Petrolina, PE. Foram feitas entrevistas individualizadas com 20 mães durante a última semana de internamento no Alojamento Canguru e consulta aos prontuários dos recém-nascidos e do Banco de Leite. Mediante análise qualitativa, fundamentada na técnica de conteúdo de Bardin, emergiram quatro categorias: momento da notícia; suporte institucional; Alojamento Canguru e o processo de amamentação; e sentimentos durante a hospitalização. Os relatos também foram categorizados e quantificados pela frequência como indicadores de enfrentamento ( *coping* ) positivo ou negativo. O suporte profissional e o apoio familiar se destacaram como variáveis que influenciaram positivamente a amamentação. Ressalta-se a importância do método de atenção humanizada à família do prematuro, auxiliando no processo de amamentação bem-sucedida mediante o fortalecimento do vínculo mãe-bebê prematuro.

**Palavras-chave:** Amamentação; Prematuro; Percepção; Enfrentamento; *Coping*; Práticas de saúde.

---

<sup>5</sup> A ser submetido a periódico científico, fonte do tipo Times New Roman classificado pelo Qualis/CAPES como A2 (Psicologia/2012).

**Abstract**

This research examined the condition of being a accompanying mother of newborn hospitalized in the Neonatal Unit and Kangaroo Accommodation and the process of breastfeeding in a public hospital in Pernambuco. Interviews were carried out on 20 mothers and an investigation about medical charts of newborn and also the milk bank. Through qualitative analysis, based on Bardin's technique, four categories emerged: time of news; institutional support; Kangaroo Accommodation and breastfeeding process; and feelings during hospitalization. The reports also were categorized as indicators of positive or negative  *coping*. The professional and family support is highlighted as variables that influenced positively the breastfeeding. It is emphasized the importance of the method of humanized attention to the premature's family, helping in the successful breastfeeding process through the linkage strengthening of mother-infant premature.

**Keywords:** breastfeeding; Premature; *Coping* behavior; *Coping*; Perception; Health practices.

## 1 Introdução

A amamentação e suas dificuldades têm sido objeto de estudo na Saúde Materno-Infantil, sob o ponto de vista de diversos profissionais das áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria e Psicologia, para citar algumas (Alfaya & Schermann, 2005; Braga, Machado & Bosi, 2008; Rego, 2009; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001; Vasconcelos, Scochi & Leite, 2006; Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003; Serra & Scochi 2004; Scortegagna, Miranda, Morch, Carvalho, Biasi & Cherubini, 2005; Wamback, 2003). O aleitamento materno é a estratégia isolada, que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (Brasil, 2002).

A história tem mostrado os diferentes significados do ato de amamentar e como ele foi vivenciado pelas mulheres ao longo da trajetória humana (Almeida, 1999), se configurando em objeto de interesse para inúmeros atores e grupos sociais. Da amamentação das índias, integrantes da sociedade Tupinambá, nos idos de 1500, ao atual uso de fórmulas infantis industrializadas, a alimentação dos lactentes tem servido a propósitos, que não se circunscrevem exclusivamente a questões ligadas à saúde (Giugliane & Lamounier, 2004).

A amamentação não deve ser vista como uma responsabilidade exclusiva da mulher, que está envolvida em sentimentos, emoções e contradições durante essa fase, mas envolve os contextos biológico e sócio-histórico que extrapolam o binômio mãe-filho (Almeida, 1999; Braga et al., 2008). Não há dúvidas de que essa relação é essencial para a sobrevivência do bebê, sendo o apego construído nas experiências iniciais da díade (Alfaya & Schermann, 2005; Gorgulho & Pacheco, 2008; Rego, 2009; Scochi et al., 2003). Assim, o momento da alimentação proporciona grande interação, a ponto de o padrão pausa/atividade estabelecer as exigências do bebê quanto à atenção que ele deseja da mãe, intensificando o apego (Delgado & Halpern, 2004; Scortegagna et al., 2005).

O aleitamento é um importante fator capaz de facilitar o estabelecimento de uma sensibilidade materna mais favorável aos sinais do bebê, sendo fundamental o incentivo à amamentação, mesmo para bebês de risco, como os prematuros (Alfaya & Schermann, 2005; Vasconcelos et al., 2006). Estudos revelam que o tempo e a qualidade da aproximação dos genitores com seus bebês pré-termo devem ser avaliados, uma vez que o futuro de um recém-nascido (RN) com dificuldades de sobrevivência também depende das condições de seu acolhimento pela família (Scortegagna et al., 2005). Trabalhos no campo da neurociência demonstram que uma ligação forte e segura com os pais parece ter função protetora, ficando a criança resguardada dos efeitos do estresse proveniente do ambiente (Alencar, 2009).

Segundo Rego (2009), para contar com uma boa produção de leite, a mãe deve estar tranquila e manter ao peito um bebê com sucção vigorosa. Contudo, a sucção do prematuro é fisiologicamente fraca, por características anatômicas e neurológicas, impedindo-os de sugar no início do nascimento, o que gera elevado estresse para a mãe. Nessas condições, pode-se questionar sobre como produzir e ter bom fluxo de leite, quando se está dominada por emoções, que inibem reflexos somatoneurológicos, os quais, por sua vez, impedem a liberação de hormônios responsáveis pela descida do leite, acrescido do fato de que não se tem ao peito um bebê com boa vitalidade e sucção efetiva. Nesse sentido, é preciso considerar o peso das emoções durante as primeiras experiências da mãe com um bebê diferente do que ela havia idealizado e que se encontra em um estado especial de saúde.

A prática da amamentação pode não ter o mesmo significado para todas as mulheres, em particular, quando experimentam sentimentos de medo, insegurança e dor, e principalmente, no início, quando se confrontam com a realidade de iniciar e manter a lactação de um prematuro, momento em que as dificuldades podem ser ampliadas. Na literatura, encontramos referência à depressão e ao estresse materno no nascimento precoce, com um impacto direto no desenvolvimento infantil (Alfaya & Schermann, 2005; Brum &



Schermann, 2005; Garel, Dardennes & Blondel, 2006; Rego, 2009; Zelkowitz & Papagerorgiou, 2005).

Hil, Aldag, Demirtas, Zinaman e Chatterton (2006) mostraram que mães de prematuros em cuidado intensivo têm quase três vezes mais chances de apresentar sofrimento psíquico do que mães de recém-nascidos normais, na população dos Estados Unidos. Por meio do Multiple Affect Adjective Checklist-Revised (MAACL-R) os autores verificaram que a doença neonatal, a separação do bebê, a ruptura com a família e a hospitalização do RN na unidade de cuidados intensivos neonatais são fatores relevantes que podem contribuir para o estado de estresse psicológico materno. Por exemplo, a presença dos familiares no momento de dor e incerteza certamente interfere nesse processo de amamentação. No estudo realizado por Barros e Trindade (2007), com mães de prematuro, elas relataram que a saudade dos filhos e da casa agrava-se quando não existe uma ação sistematizada, que permita a presença do acompanhante para as mães quando seus filhos se encontram internados na UTIN.

Podemos considerar que diferentes estudos apontam que o estado emocional da mãe prematura, frente ao nascimento de risco, está entre as condições que podem afetar o processo de aleitamento materno de seu filho (Garel et al., 2006; Hill et al., 2006; Rego, 2009). Para que a mãe tenha sucesso na amamentação, durante a hospitalização do bebê, é necessário que se sinta segura e tenha orientação e apoio, tanto de sua família quanto dos profissionais de saúde (Braga et al., 2008; Glasera, Bucherb, Moergelia, Fauchéreb & Buechia, 2007; Serra & Scochi, 2004).

Gorgulho e Pacheco (2008) investigaram as dificuldades em amamentar um prematuro em oito mães acompanhantes em uma Unidade Neonatal. Os autores chamam a atenção da equipe de saúde para as vivências desse grupo, com valorização de suas demandas particulares, e menor interferência do ambiente na relação mãe e filho.

Outra pesquisa realizada, que teve por objetivo compreender a experiência da amamentação durante o período de internação, com oito mães de recém-nascidos prematuros, indicou que o crescimento e o desenvolvimento da criança contribuíram para que a mãe se sentisse estimulada a iniciar e manter a amamentação do filho (Silva & Silva, 2009).

Assim para apoiar e padronizar ações que apoiem a mãe e a família do recém-nascido prematuro e de baixo peso nesse momento especial de suas vidas, o Ministério da Saúde normatizou a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso que ficou difundido como Método Mãe Canguru (AHRNBP-MMC) que é hoje uma Política Nacional de Saúde para esta população (Brasil, 2002; Venâncio & Almeida, 2004). O Método implica no contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido, permitindo, dessa forma, um tipo de assistência neonatal onde os pais participam de forma efetiva no cuidado ao recém-nascido. (Brasil, 2002; Colameo & Réa, 2006; Furlan, Scochi & Furtado, 2003).

Amamentar prematuros é um desafio e se torna cada vez mais importante que os serviços de saúde, a família e a sociedade, de uma forma geral, compreendam que o ato de amamentar transcende a dimensão biológica, e a mãe necessita, sobretudo, de um suporte diferenciado para assegurar uma amamentação bem sucedida (Almeida, 1999; Braga et al., 2008; Furlan et al., 2003; Javorski, Caetano, Vasconcelos, Leite & Scochi, 2004; Serra & Scochi, 2004; Scortegagna et al., 2005; Rego, 2009).

Considerando a importância de variáveis afetivas e sociais no processo de amamentação destacadas na literatura aqui indicada, esta pesquisa analisou a condição de ser mãe acompanhante de RN prematuro durante a internação do filho na Unidade Neonatal e no Alojamento Canguru, e o processo de amamentação, em hospital público de uma cidade de Pernambuco. Mais especificamente, os objetivos foram: identificar e analisar o suporte social recebido pela mãe durante a internação do bebê; caracterizar o suporte à amamentação;

identificar os sentimentos vivenciados pela mãe nesse período; e analisar como o apoio da familiar influenciou o processo de amamentação.

## **2 Método**

### **2.1 Participantes e local da coleta de dados**

Participaram 20 mães (e seus recém-nascidos prematuros e baixo peso) durante o período de internamento na Unidade Neonatal (UN) e, posteriormente, no Alojamento Canguru (AC) do Hospital Dom Malan<sup>6</sup> - Gestão IMIP-Hospitalar, em Petrolina, PE, compondo, assim, uma amostra de conveniência (Meltzoff, 2001).

O critério de inclusão na amostra foi o de ser mãe de RN classificado como pré-termo (RNPT), com idade gestacional (IG) ao nascimento inferior a 37 semanas e/ou de baixo peso (RNBP), com peso, ao nascimento, inferior a 2.500g. O RN, ao ingressar no AC, procedente da UN, deveria pesar, no mínimo, 1.250g. E os critérios de exclusão foram: (a) mães de RN PT-BP procedentes de outros setores do hospital; (b) mães com patologias que dificultavam ou contraindicavam a amamentação; (c) mães de gêmeos, por apresentar demandas, tanto biológicas como psicológicas, que diferiam das outras mães da amostra; e (d) RN com patologias que dificultavam a amamentação.

### **2.2 Instrumentos**

Os dados foram levantados a partir de questionário de classificação socioeconômica (ABEP, 2008), prontuários de internação e alta do bebê na UN e AC, protocolos de acompanhamento do processo de amamentação e atendimento das mães no Banco de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno (BIAMA) e roteiro semiestruturado de entrevista

---

<sup>6</sup> Instituição que possui o título “Hospital Amigo da Criança” e adota as diretrizes preconizadas pelo Método de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru (Brasil, 2002). A Unidade Neonatal possui 16 leitos de cuidados intensivos, que atendem ao RN de risco que não necessita de ventilação mecânica. O Alojamento Canguru possui 6 leitos que atendem à díade mãe-bebê, conforme a metodologia preconizada pelo método Mãe Canguru.

(elaborado para este estudo), com 32 perguntas, subdividido em três partes: dados demográficos; de suporte social (por exemplo: visitas do pai do bebê e participação em grupo de apoio no hospital); e caracterização de suporte à amamentação (por exemplo: primeira visita ao filho na UN, orientações da equipe como amamentar o bebê e sentimentos durante a hospitalização).

### **2.3 Procedimento**

As entrevistas (individualizadas e gravadas) com as mães foram realizadas durante a última semana de internamento dos seus filhos no AC (outubro/2009 a março/2010), seguidas da aplicação do questionário socioeconômico. Durante esse período, foi realizada a consulta aos prontuários do RN na UN e no AC e às fichas de atendimento do BIAMA.

Todas as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a aprovação da pesquisa, devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP, sob o N° 1615, e pelo Comitê de Ética do Hospital, conforme o atendimento às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (1996).

### **2.4 Processamento e análise de dados**

Foi realizada análise quantitativa das variáveis sociodemográficas das mães acompanhantes e do bebê, com distribuição da amostra com base nos critérios de classificação socioeconômica (ABEP, 2008). Para a análise das questões abertas da entrevista, foi efetuado o levantamento de categorias e subcategorias, mediante a aplicação da técnica de conteúdo de Bardin (1979). A variável “tempo de internação” foi considerada na avaliação dos relatos<sup>7</sup>, subdividindo a amostra em dois grupos: mães, que permaneceram até 30 dias acompanhando

---

<sup>7</sup> Os nomes das mães são fictícios e os relatos apresentados em itálico, utilizando-se a seguinte legenda: {\_\_} pausa durante a fala, (...) recortes de outras falas; e .... recortes da mesma fala.

o filho na UN e Alojamento Canguru (n=12) e mães, que ficaram mais de 30 dias no hospital (n=8).

### **3. Resultados e Discussão**

#### **3.1 Variáveis sociodemográficas e características neonatais**

A idade das 20 mães variou entre 18 e 37 anos, a maioria (75%) na faixa de 19 a 33 anos. Quanto à escolaridade, 8 mães (40%) não concluíram o Ensino Fundamental, 5 mães (25%) apresentavam o Ensino Fundamental completo, 6 (30%) com Ensino Médio e somente uma mãe possuía nível Superior. As classes socioeconômicas das famílias se distribuíram entre a classe B2 e a classe E (B2/C1 = 5; C2 = 8; D/E = 7), com renda média familiar (RMF) que variou de R\$ 2.256,00 a 329,00 R\$. A maioria das mães vivia com esposo ou companheiro (n = 18) e tinha apenas um filho (n = 12).

A idade gestacional (IG) dos bebês variou entre 28 a 35 semanas, sendo 13 (65%) com mais de 32 semanas e 7 (35%) com menos de 32 semanas; a maior parte (65%) com muito baixo peso (MBP = abaixo de 1.500g), os demais com peso entre 1.500g a 2.500g, incluídos na categoria baixo peso (BP). O tempo de hospitalização das díades variou de 4 a 62 dias, havendo 8 mães (40%) internadas por um período maior de 30 dias.

#### **3.2 Análise das entrevistas**

Os resultados apontaram que a condição inicial de ser mãe acompanhante de recém-nascido prematuro durante a internação do bebê e o processo de amamentação consistiu em uma experiência difícil e dolorosa, sendo permeada por sentimentos de tristeza, medo e insegurança no momento da notícia e durante a permanência na UN. Todavia, a notícia da alta da UN e do ingresso no AC contrastaram com esse primeiro momento, representado depois por sentimentos de alegria e esperança pela recuperação do filho e a expectativa de permanecer com ele em cuidado canguru, concretizando o processo de amamentação.

A partir do levantamento das percepções das mães acerca das primeiras experiências com o filho prematuro e de baixo peso, foram identificados quatro núcleos temáticos: a) momento da notícia; b) suporte institucional e o processo de amamentação; c) Alojamento Canguru e o estabelecimento do processo de amamentação; d) sentimentos durante a hospitalização.

### **3.2.1 O momento da notícia e o apoio recebido**

#### A família e os amigos

A notícia do nascimento prematuro deflagra um turbilhão de sentimentos, medos e insegurança, pois a hospitalização do filho na UN estabelece uma condição não prevista durante a gestação: a de se tornar mãe acompanhante de um filho que requer cuidados intensivos para a sua sobrevivência.

Em estudo realizado sobre os significados atribuídos à vivência da mãe como acompanhante do RN pré-termo e de baixo peso, Vasconcelos et al. (2006) discutem sobre o grande impacto sofrido devido à separação radical do meio social em que vivia, após a condição inicial de estar grávida esperando um filho, que imaginava sadio e normal. Isso ocorre, em geral, em curto espaço de tempo, sem que ela seja orientada adequadamente sobre o que acontecerá a partir dessa condição. Desse modo, a mãe do bebê prematuro também é uma mãe prematura, e o momento da notícia deflagra sentimentos de dúvida e desamparo: *“(...) Eu não entendia nada, assim, não tinha noção de como ia me relacionar, eu vim entender depois que cheguei aqui no Canguru”*. (Diana, 33 anos, RN de 1.345 g).

Sendo o hospital, em que este estudo se realizou, referência para o atendimento de gestação de alto risco, os pacientes são provenientes do interior de Pernambuco e outros estados vizinhos. As mães chegam acompanhadas de seus familiares, porém, as normas internas não permitem a rotina de acompanhante, o que intensifica o sofrimento dessas mães, pelas dificuldades de enfrentarem sozinhas a notícia sobre o estado de saúde do bebê. Quando

interrogadas sobre a presença do acompanhante, responderam: “(...) *eu queria, pois estava muito nervosa, com muito medo, chorei {\_\_} (chorou nesse momento)*”. (Isabela, 18 anos, RN de 1.055g). Assim, o apoio da família seria um recurso fundamental para ajudá-las a superarem o impacto da notícia.

Apesar dos relatos sobre a ausência de parentes logo após o nascimento, o hospital adota medidas para a presença da família ao longo do processo de tratamento do bebê. Neste estudo, das 20 mães, apenas uma não recebeu a visita do pai da criança, sendo que sete receberam visitas frequentes, a despeito da distância ou do período de internação: “... *sim ele veio me visitar todos os dias*”. (Maria, 24 anos, RN de 1.520g). A família de Maria reside em cidade distante, a cerca de 180 km. A presença do pai também foi constante para outras mães, uma delas permaneceu internada com o filho durante 62 dias: “(...) *sim, ele veio todos os dias que eu estava aqui.*” (Isabela, 18 anos, RN de 1.055g). Outro aspecto marcante foi a presença dos avós, reforçando e fortalecendo os laços parentais. Ressalta-se, também, neste grupo de mães, a visita de irmãos, amigos, líderes da comunidade e a importante presença dos demais filhos.

Esses são dados diferentes de alguns aspectos apontados por Barros e Trindade (2007) em pesquisa com mães de prematuros, cujos relatos mostraram que a saúde dos filhos e a ruptura das tarefas cotidianas eram agravadas com a ausência de outros familiares nos momentos de dor e incerteza. Para que as visitas ocorressem, segundo as autoras, era necessário infringir as normas do hospital, indicando que não havia uma ação sistematizada para a participação da família na rotina da UTIN.

Conforme diversos achados (Garel et al., 2006; Hill et al., 2006; Rego, 2009), os processos de amamentação estão relacionados ao estado emocional das mães e pode-se questionar como é possível manter a produção de leite em situações tão adversas quando lhes falta o que o ser humano tem de mais primário: o apoio da família. Todas as mães desta

pesquisa obtiveram sucesso no processo de amamentação e, certamente, esse tipo de suporte foi fundamental para esse resultado satisfatório, o que está em consonância com os resultados de investigações que avaliaram as variáveis que influenciam o processo de amamentação (Braga et al., 2008; Vasconcelos et al., 2006).

Os relatos indicaram “as mães companheiras” como uma subcategoria de análise bem ressaltada pela amostra. O apoio dentro, do próprio grupo de mães, ocorreu de modo informal, uma vez que se sentiam seguras por estarem juntas, compartilhando a mesma realidade; e o convívio fez surgir novas amizades construídas no vínculo afetivo compartilhado pelo sofrimento. Com os olhos cheios de lágrimas, Janaina exclamou: “(...) *Minha sorte foi duas colegas, L. e M.*”. “(...) *Fiquei um tempo lá na ginecologia sozinha num quarto, muito sofrido, entrei em pânico, depois eu fui lá para o alojamento. {\_\_} Já estava mais fortalecida!*” (Raquel, 25 anos, RN de 1.485g).

Para outra mãe, a amizade também viabilizou o compartilhamento de informações importantes para os cuidados com o bebê “(...) *foi bom, fiz amizades, continuo entrando em contato com elas ... Adquiri conhecimento aqui com elas*”. (Gabriela, 21 anos, RN de 1.560g).

Seidl et al. (2001) discutem que o apoio social pode ser um importante recurso auxiliar para a adoção de estratégias focalizadas no problema, como a busca de informações no grupo de iguais, para enfrentar melhor o estresse gerado pela situação de amamentar e cuidar do filho prematuro. Assim, durante todo o processo de permanência da mãe na UN, o apoio fornecido pelas companheiras criou um ambiente propício para um aprendizado compartilhado acerca do novo filho (Braga et al., 2008; Vasconcelos et al., 2006). Além da família, um suporte de igual importância ao processo de amamentação é aquele fornecido pela equipe (Jarvoski et al., 2006; Nascimento & Issler, 2004; Rego, 2009).

Os profissionais de saúde



Entre as redes de apoio que foram surgindo no contexto hospitalar, destacamos os profissionais de saúde, que ampararam primeiramente a mãe e, por conseguinte, a família. A amostra avaliou o suporte profissional de forma positiva: “(...) *Sabia que estava sendo bem cuidada e o hospital muito bom*”. (Emanuela, 19 anos, RN de 1.250g). Paula foi enfática: “(...) *A recuperação dela a cada dia e a atenção de todos que eu recebi aqui, o que me deixou encantada com o Dom Malan e toda assistência.*” (Paula, 37 anos, RN de 1.410 g).

As mães reconhecem o apoio dos profissionais de saúde ao longo do período de hospitalização, embora, durante a primeira visita ao filho na UN, estivessem sozinhas ou somente em companhia da família. Esse é um momento sobretudo importante, e a ausência da equipe aponta para a necessidade de que o início do processo interativo entre mãe e bebê prematuro - base para a constituição do apego - seja conhecido pela equipe de cuidados intensivos neonatais, melhorando a qualidade da sobrevivência do bebê (Alencar, 2009; Alfaya & Schermann, 2005; Braga et al., 2008; Rego, 2009; Scortegagna et al., 2005; Scochi et al., 2003).

Trata-se aqui de defender uma estratégia de ação que contribua para as práticas de humanização já adotadas para a integralidade da assistência à tríade mãe-filho-família, considerando que esse processo de permanência prolongada da mãe acompanhante sempre se mostra dolorido, sofrido e desgastante, até a concretização da alta hospitalar do RN (Vasconcelos et al., 2006).

### **3.2.2 O suporte institucional e a amamentação**

Nascimento e Issler (2004) realizaram extensa revisão bibliográfica sobre aleitamento materno em prematuros e manejo clínico hospitalar, a partir de pesquisa na base de dados MEDLINE, referente ao período de 1990 a 2003. Os resultados concluíram que amamentar prematuros é um desafio, todavia, factível, desde que haja apoio e suporte apropriados, principalmente pelos profissionais de saúde.

Na análise do processo de amamentação, os resultados sobre a alta do bebê são indicativos da adoção de estratégias bem-sucedidas pelas equipes de saúde da UN e do AC. Quinze bebês foram para casa em aleitamento materno exclusivo sob livre demanda, quatro em aleitamento materno exclusivo, fazendo complementação por translactação<sup>8</sup>, com o leite materno ordenhado e apenas um RN teve alta em aleitamento misto, ou seja, mamando no peito e realizando duas complementações com fórmula para prematuros. Como o hospital está pautado nas normas e nas rotinas de incentivo e apoio à amamentação preconizadas pelo Ministério da Saúde aos hospitais “Amigo da Criança” (UNICEF/WHO, 2009), as mães receberam atendimento sistematizado quando os filhos se encontravam internados na UN e após, enquanto mãe acompanhante no AC.

As percepções maternas em relação ao processo de amamentação nesses setores confirmaram a importância das ações voltadas para o apoio dessa prática salutar em um momento tão especial (Brasil, 2002). Todas as mães tinham livre acesso à UN para entrar e ordenhar, não somente nos horários estabelecidos, mas sempre que desejassem ver o filho. Desse modo, o apego mãe-bebê era fortalecido, permitindo ao RN, no momento da amamentação, reagir à atenção do cuidador com interesse especial e a este, por sua vez, responder com aprovação, gratificação, proteção e estimulação adequadas (Alencar, 2009). O fortalecimento desse vínculo pode ser percebido nas palavras de Gabriela: “(...) *eles dependem da mãe, a minha vida gira em torno dela, ver como ela está hoje é uma alegria.*” (Gabriela, 21 anos, RN de 1.560 g).

Os relatos foram positivos quando questionadas sobre a frequência e tipo de orientação recebida para amamentar o filho: “(...) *recebi no BIAMA, muito boa por sinal.*” (Tatiana, 32 anos, RN de 1325 g); “(...) *recebi orientação na palestra da maternidade, as meninas do berçário explicaram também*”. (Fernanda, 30 anos, RN de 1.500g).

---

<sup>8</sup> Técnica que tem a finalidade de realizar a transição da alimentação por sonda orogástrica diretamente para o peito, em RNPT-BP, cuja mãe mantém uma boa produção de leite.

As ações, no sentido de não oferecer outro alimento que não fosse o leite materno ao bebê prematuro, se ampliaram por meio do Banco de Leite Humano (BIAMA). É nesse setor onde todas as ações convergem em favor da amamentação. O apoio é dado de forma ininterrupta por profissionais capacitados e sensibilizados para essa causa (Brasil, 2008).

Diante das adversidades de um parto prematuro, as mães acabam considerando como novo e difícil este momento da amamentação. Na maioria das vezes, não é possível que esse bebê inicie sua alimentação diretamente ao seio; geralmente, faz-se necessário o uso de sondas orogástricas e é nesse momento que as mães experienciam uma prática para alimentar o filho totalmente diferente do que imaginavam durante a gestação (Braga et al., 2008; Gorgulho & Pacheco, 2008; Silva & Silva, 2009).

O atraso no início da expressão mamária e a inibição da ejeção de leite em decorrência da ansiedade e preocupação com o RN podem determinar a insuficiência láctea (Nascimento & Issler, 2004). Nesse sentido, algumas mães relataram as dificuldades na produção inicial do leite: “(...) o leite sumiu, quando vim de lá da Unidade Neonatal para o Canguru, ele tomava leite do BIAMA (...) agora tem leite, fica derramando”. (Carolina, 26 anos, RN de 1.195g).

As mães de recém-nascidos admitidos em uma UN precisam ser encorajadas e estimuladas a iniciar a ordenha precocemente para estimular a lactação (UNICEF/WHO, 2009). Em um estudo sobre aconselhamento em amamentação, Bueno e Teruya (2004) afirmam que cabe ao profissional escutar, compreender e oferecer ajuda às mães, que estão nesse processo, fortalecendo-as para lidarem com pressões, promovendo sua autoconfiança e autoestima, além de prepará-las para a tomada de decisões. Nesta pesquisa, nos primeiros momentos, o apoio oferecido pelo Banco de Leite Humano foi destinado a todo o grupo; por exemplo, as ordenhas e outros procedimentos se iniciavam logo após o parto.

Por meio da amamentação nutre-se o bebê em seus primeiros estágios de desenvolvimento, formando vínculos e condições, que viabilizam o seu bem-estar. Os relatos

maternos destacaram as práticas de incentivo ao aleitamento e suporte oferecido, que auxiliaram as mães a superar as dificuldades iniciais para amamentar (Braga et al., 2008; Gorgulho & Pacheco, 2007; Silva & Silva, 2009).

### **3.2.3 Alojamento Canguru e o processo de amamentação**

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Desse modo, as práticas humanizadas de atenção ao bebê prematuro são solidificadas no Alojamento Canguru (Colameo & Réa, 2006; Javorski et al., 2004; Venâncio & Almeida, 2004).

O cuidado Canguru inclui práticas que podem contemplar a afetividade, a integralidade da assistência e o incentivo ao aleitamento materno. Os dados indicam que, na unidade investigada, esse último aspecto foi efetivado com sucesso, tendo em vista o aleitamento materno exclusivo da grande maioria de bebês no momento da alta hospitalar.

A avaliação da produção do leite antes e após o ingresso do bebê no AC também pode ser considerada um indicador das estratégias efetivas do setor:

*“(...) era menos porque eu não amamentava, agora está aumentando... Aumentou depois que eu cheguei aqui” (Raquel, 25 anos, RN de 1.485g).*

Foi marcante, neste estudo, a explosão de emoções evidenciadas nas falas e gestos das mães ao recordarem a notícia sobre a transferência do bebê para a segunda etapa do AC. Esse momento refletiu a trajetória de superações e indicou uma nova etapa na vida de mulheres (n = 14) que verbalizaram sobre seus sentimentos de alegria, felicidade e vitória:

*“(...) fiquei tão feliz cheguei a gritar!” (Isabela, 18 anos, RN de 1.055g).*

*“(...) Ave Maria! Felicidade tamanha!” (Paula, 37 anos, RN de 1.410g).*

*“(...) Fiquei tão feliz, era tudo o que eu queria, só de saber que ia sair dali, fiquei louca para vir logo. Só de saber que ela ia ficar comigo!” (Mariana, 36 anos, RN de 1.350g).*

*“(...) Uma alegria e uma sensação de alívio porque já estava preparada para enfrentar aqui e lá fora.” (Carolina, 26 anos, RN de 1.195g).*

Esses relatos demonstram a singularidade do processo vivenciado, envolvendo os aspectos emocionais, durante o longo período de internação do filho na UN, e a ida para o AC, representando a possibilidade de ficar junto do bebê e a expectativa da tão esperada alta hospitalar (Furlan et al., 2003).

Algumas mães, contudo, demonstraram ansiedade porque entendiam que o período de permanência no AC poderia se prolongar e demonstravam certa impaciência: “(...) *Não gostei, fiquei desesperada, pois ia demorar mais dias, aí a psicóloga conversou e me conformei.*” (Íris, 33anos, RN de 1.210g). Assim, as dificuldades e incertezas, expressas pelas mães durante a prática da amamentação e permanência no AC, deverão ser valorizadas pela equipe de saúde. Segundo Oliveira (2001), é preciso ter cuidado para não censurá-las, impondo nossos valores, mas é preciso aproveitar esse momento para ouvi-las e orientá-las.

Entre as estratégias utilizadas pelos setores para auxiliar as mães a lidarem com a insegurança e a ansiedade geradas na relação com o prematuro, destacou-se o Encontro de mães acompanhantes (EMA). Realizado por uma equipe multidisciplinar composta por pediatra, psicólogo e enfermeiro, os encontros semanais se caracterizaram por rodas de conversa e permitiram que as temáticas pudessem emergir da necessidade de cada grupo, de modo que a experiência vivenciada por uma mãe se transformava em aprendizado para as demais que participavam do encontro pela primeira vez. A maioria (n = 18) avaliou positivamente a participação no EMA e afirmou se sentir “mais aliviada” após o encontro. Dessas, oito mães compareceram a três ou mais reuniões.

Tal como no estudo de Vasconcelos et al. (2006), são significativos os resultados quando se institui um grupo de apoio às mães nesse contexto de hospitalização do RN. Além do EMA, diferentes atividades eram oferecidas na tentativa de minimizar os efeitos do tempo, dado o afastamento do convívio familiar. Havia a realização de missas na capela do hospital, palestras educativas sobre amamentação e atividades de lazer como comemorações de

aniversários e outras datas festivas: “(...) participei da palestra da amamentação, missas na 5ª feira e ia à capela todos os dias”. (Clara, 27 anos, RN de 1.655g). O alojamento materno passou a ser visto como um espaço de novas amizades e aconselhamentos, com troca de experiências, minimizando, desse modo, os efeitos indesejáveis da hospitalização (Scochi et al., 2003).

### 3.2.4 Sentimentos durante a hospitalização

Com o nascimento precoce, compreende-se que nem a mãe, nem a família do prematuro estão preparadas para viver mudanças tão súbitas ao adentrarem no hospital, pois, inicialmente, sonhavam com o nascimento de um filho normalmente esperado, saudável e com traços físicos familiares. Os sentimentos evocados pelas mães foram coerentes e coincidentes com os apresentados na literatura, que descreve o processo de interação da díade durante a hospitalização (Braga et al., 2008; Javorski et al., 2004; Rego, 2009; Scochi et al., 2003; Vasconcelos et al., 2006).

Nas entrevistas, as mães abordaram os aspectos positivos que as ajudaram a suportar toda a experiência de ter um filho tão pequeno. A maioria fez referência à esperança, ao pensamento positivo e à fé em Deus. Também foi relatada a percepção de que a sua presença auxiliaria na recuperação gradativa do bebê:

*“(...) Tem que ter muita força para vencer porque eles dependem da gente para tudo. A minha está bem espertinha... quando eu olho assim para ela, é uma alegria e eu achei essa força aqui dentro”. (Gabriela, 21 anos, RN de 1560g).*

As expressões maternas refletem os sentimentos que as ajudaram a enfrentar o novo papel de ser mãe de um filho prematuro.

*“(...) Coragem, fé em Deus, os filhos estão em boas mãos. A fé supera tudo!” (Isabela, 18 anos, RN de 1.055g).*

*“(...) Para ser mãe de prematuro, o cuidado tem que ser dobrado; em primeiro lugar, estão os nossos filhos. A partir de agora, a vida da mãe gira em torno do filho” (Mariana, 36 anos, RN de 1.350g).*

*“(...) levante a cabeça, não se desespere e lute que Deus não desampara ninguém!” (Clara, 27 anos, RN de 1.655g).*

Além dos sentimentos positivos, emoções negativas fizeram parte do universo materno. O nascimento prematuro reforça o sentimento de “estranheza” desse filho (Braga et al., 2008; Delgado & Halpern, 2004; Javorski et al., 2004 ; Scochi et al., 2003; Silva & Silva, 2009; Vasconcelos et al., 2006). No primeiro momento, uma reação de medo, até mesmo um choque, por ser o bebê tão frágil e estar sofrendo. As mães se sentem impotentes diante desse quadro:

*“(...) Ver ela na incubadora foi muito triste, eu imaginava de ter um bebê normal, quando vi ela lá magrelinha, até chorei. {\_\_\_} (os olhos se encheram de lágrimas) (Emanuela, 19 anos, RN de 1.250g).”*

O nascimento de uma criança criticamente enferma pela sua prematuridade precipita um evento estressante para os pais e promove uma inevitável e precoce separação materno-filial. Essa situação acarreta sentimentos de luto e reações de desajuste, que os pais deverão elaborar num processo adaptativo até a condição de equilíbrio. Nesse momento, o aspecto visual, principalmente no primeiro contato, parece concretizar e aproximar o medo da morte (Barros & Trindade, 2007; Scochi et al., 2003; Vasconcelos et al., 2006).

*“(...) Foi no começo, comecei a olhar e teve uma hora que ela estava roxa, mas, no fundo, Deus dava uma segurança, sabia que ia tirar ela; ficava triste quando via ela assim tão magrinha, a ‘bichinha’, dava um medo... Meu Deus!” (os olhos cheios de lágrimas) (Mariana, 36 anos, RN de 1.350g).*

Sentimentos de medo, saudades dos filhos e da família fazem parte da rotina dessas mães. Elas se dividem em cuidar do filho e têm que conviver com a longa separação de seus familiares, o que frustra as expectativas no plano social, tornando-as impotentes e divididas entre a fragilidade do bebê prematuro e os sentimentos relacionados aos outros filhos (Barros & Trindade, 2007; Vasconcelos et al., 2006). Iris, muito angustiada, revela o seu drama: “(...)

*Muitas saudades de meu outro filho que ficou em casa, ele ficou doente, fiquei desesperada, ele tem só um aninho.*” (33 anos, RN de 1.210g).

Os sentimentos negativos apontados pelo grupo de mães são semelhantes aos descritos em outras pesquisas, que descrevem as mudanças geradas na dinâmica familiar com a separação, durante o período de hospitalização (Braga et al., 2008; Jarvoski et al., 2006; Scortegagna et al., 2005; Silva & Silva, 2009; Vasconcelos et al., 2006). Martins, Linhares e Martinez, 2005 apontam em uma pesquisa sobre Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo, que o nascimento de uma criança prematura constituiu-se um fator de risco pela experiência emocional estressante, dificultando a maternagem e o estabelecimento da interação da mãe com o filho gerando insegurança no cuidado com a criança repercutindo em outras etapas do desenvolvimento do filho. As mães de crianças nascidas pré-termo, que necessitam de cuidados especiais, vivenciam situações particulares em relação ao aleitamento materno, determinadas, de um lado, pela prematuridade e, de outro, pelos sentimentos de culpa, sofrimento e fracasso frente à situação de fragilidade e ao risco a que o filho está exposto. Os serviços de saúde desempenham um papel fundamental quando implementam práticas humanizadas voltadas para um cuidado que acolhe não só a mãe, mas também a família do bebê prematuro.

### **3.3 Relatos maternos e indicadores de enfrentamento (*coping*)**

Após a organização dos relatos em quatro eixos temáticos, apresentados acima, os dados foram organizados em função da variável tempo de hospitalização das mães (até 30 dias e acima de 30 dias na UN e AC) e classificados como indicadores de enfrentamento (*coping*).

Os indicadores de enfrentamento positivo ou negativo seriam as estratégias cognitivas ou comportamentais utilizadas pelas mães para lidarem com os eventos estressores advindos



da prematuridade, referentes a sentimentos relativos à hospitalização do bebê, na condição de acompanhantes.

Os indicadores de enfrentamento foram analisados a partir das categorias já identificadas:

- a) enfrentamento e sentimentos das mães segundo o tempo de permanência no hospital;
- b) sentimentos durante a hospitalização;
- c) expectativas sobre a transferência do filho para o AC;
- d) avaliação da convivência das mães na UN e AC; e
- e) avaliação das mães sobre a condição de acompanhante.

A Tabela 1 apresenta as subcategorias levantadas em relação a “enfrentamento e sentimentos das mães segundo o tempo de permanência no hospital,” para os dois grupos de mães.

Tabela 1. Enfrentamento e sentimentos das mães segundo o tempo de permanência no hospital

Categoria	Subcategoria	Tempo de hospitalização do bebê					
		Até 30 dias (n=12)		31- 62 dias (n=8)		Total	
		f	%	f	%	F	%
Indicadores de enfrentamento positivo	Confiança	2	20,0	4	50,0	6	30,0
	Satisfação	3	25,0	6	75,0	9	45,0
	Aprendizado	1	8,3	2	25,0	3	15,0
	Gratidão	-	-	2	25,0	2	10,0
<b>Total</b>		<b>6</b>		<b>14</b>		<b>20</b>	
Indicadores de enfrentamento negativo	Depressão	6	50,0	4	50,0	10	50,0
	Angústia	2	20,0	2	25,0	4	20,0
	Ansiedade	-		2	25,0	2	10,0
	Medo	2	20,0	3	37,5	5	25,0
<b>Total</b>		<b>10</b>		<b>11</b>		<b>21</b>	

As mães que permaneceram mais tempo no hospital (31-62 dias) demonstraram mais indicadores de enfrentamento positivo em relação ao outro grupo ( $\leq 30$  dias). Há mais relatos de confiança, satisfação e aprendizado. Todavia, no tocante aos indicadores de enfrentamento negativo, os dois grupos se mostraram proporcionalmente semelhantes, sendo os indicadores de depressão mais referidos no grupo ( $\leq 30$  dias). Também é importante considerar que,

independente do tempo de hospitalização, não houve distinção entre os grupos, ou seja, no tocante ao ajustamento à nova situação e ao atendimento às regras do hospital por um dado período, os relatos indicaram tanto indicadores de ambos os polos.

Na segunda categoria “sentimentos” em relação ao período de acompanhamento do filho no hospital, no grupo de mães com menor tempo de permanência ( $\leq 30$  dias), os principais foram relativos à satisfação com o suporte profissional ( $f = 58,3\%$ ), como enfrentamento positivo. No grupo de mães com maior tempo de hospitalização (acima de 30 dias), todas relataram sentir alívio pela recuperação do bebê no decorrer do tempo e com a mudança para o AC, sentimento devido ao longo período de acompanhamento do filho, e a transferência para o AC próxima da alta hospitalar. Como indicador de enfrentamento negativo, predominaram relatos sugestivos de depressão ( $f = 11$ ) no grupo de mães com menos de 30 dias de hospitalização do bebê “(...) *Ter um filho prematuro é só tristeza, aqui no hospital só vê tristeza e o tempo não passa*”. (Iris, 33 anos, RN de 1.210g).

A literatura faz referência à depressão e ao estresse materno, presentes no nascimento de risco (Brum e Schermann, 2005; Garel et al., 2006; Zelkowitz e Papagerorgiou, 2005). Assim, é compreensível, nesse grupo, a presença de emoções negativas pela separação do bebê e pelo choque da hospitalização. Quando informadas sobre a transferência do filho da UN para o AC (Tabela 2), ambos os grupos apresentaram mais indicadores de enfrentamento positivo na subcategoria satisfação (50% e 62,5%). A subcategoria euforia aparece no grupo, que permaneceu mais tempo no hospital (37,5%).

Tabela 2. Expectativas sobre a transferência do filho para o Alojamento Canguru

Categoria	Subcategoria	Tempo de hospitalização do bebê					
		Até 30 dias (n=12)		31-62 dias (n=8)		Total	
		f	%	f	%	F	%
Indicadores de enfrentamento positivo	Confiança	5	41,7	2	25,0	7	35,0
	Satisfação	10	50,0	5	62,5	15	75,0
	Euforia	-	-	3	37,5	3	15,0
<b>Total</b>		<b>15</b>		<b>10</b>		<b>25</b>	
Indicadores de enfrentamento negativo	Depressão	-	-	1	12,5	1	5,0
	Medo	-	-	-	-	-	-
	Ansiedade	2	16,7	2	25,0	4	20,0
	Angústia	1	8,3	1	12,5	2	10,0
<b>Total</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		<b>7</b>	

Uma das vantagens do Método Mãe-Canguru (MMC) é proporcionar às mães acompanhantes a oportunidade de um contato pele a pele íntimo e duradouro no cuidado ao filho (Brasil, 2002), o que foi destacado nos relatos de satisfação e nas expressões de euforia, indicativos de uma modalidade de enfrentamento mais adaptativo (Colameo & Réa, 2006; Venâncio & Almeida, 2004).

Quanto à convivência entre as mães, não houve distinção entre os grupos, com maior frequência de indicadores de enfrentamento positivo. Os relatos fizeram referência a amizades e companheirismo, o que está em consonância com os demais estudos, que destacam as significativas relações afetivas, que afloram da convivência compartilhada diária (Furlan et al., 2003; Gorgulho & Pacheco, 2008; Vasconcelos et al., 2006).

Por fim, os dois grupos de mães avaliaram como lidaram com a situação de acompanhante do RNPT, e os relatos foram classificados em subcategorias de enfrentamento focado no problema, na emoção, no suporte religioso e social. Houve mais relatos que indicavam enfrentamento positivo do que negativo, do tipo focalização no problema para o grupo que permaneceu até 30 dias, e busca de suporte religioso para as mães com maior tempo de hospitalização. Essas foram importantes estratégias adotadas pelas mães no manejo do evento estressor.

Seidl (2005) ressalta a importância da identificação das estratégias de enfrentamento em grupos submetidos a agravos diversos a fim de subsidiar as intervenções psicológicas. Apesar do incremento das pesquisas da área nas últimas três décadas, há limites no tocante à avaliação do enfrentamento, o que favorece a adoção de medidas qualitativas, além do uso de instrumentos padronizados, para melhor estimar esse constructo. Assim, consideramos que, neste estudo, a análise dos relatos maternos permitiu levantar as especificidades das estratégias de enfrentamento adotadas por mães submetidas ao impacto da notícia de prematuridade e da hospitalização do filho, complementando informações obtidas por meio de escala específica para avaliação do *coping*.

#### **4 Considerações finais**

A partir da análise dos depoimentos e dos indicadores de enfrentamento (*coping*), apreendeu-se que cada mãe vivencia o processo de ser mãe acompanhante do seu filho prematuro de maneira singular. No início, as mães foram submetidas a intenso sofrimento decorrente da presença do bebê na UN, sendo o apoio da família e o suporte profissional fatores decisivos para a adoção de estratégias mais adaptativas. As práticas humanizadas foram facilitadoras para o início e a manutenção da amamentação, com valorização crescente da interação entre a díade mãe-bebê.

Com a melhora e o desenvolvimento do bebê, as mães revelaram-se mais aliviadas e confiantes no exercício da maternidade, fortalecidas pelo compartilhamento de experiências com outras mães e participação nas atividades oferecidas pelo hospital e grupos de apoio. Embora algumas limitações tenham sido apontadas pelas mães no tocante ao suporte profissional (ausência da família logo após o nascimento do bebê e falta do apoio da equipe na primeira visita ao bebê na UN) os relatos corroboram a eficácia do Método de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru (AHRNBP-MMC),

podendo a mãe, mediante o apoio recebido, concretizar o processo de amamentação, o que terá impacto positivo na qualidade do apego e desenvolvimento do bebê.

## 5 Referências

- Alencar, A. J. C. (2009). Como o bebê vê. *Revista de Pediatria*, 10(1), 53-57.
- Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 279-285.
- Almeida, J. A. G. (1999). *Amamentação: Um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychological Association (2001). *Manual de Publicação da American Psychological Association* (4a ed., D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org). Acesso em: 25/04/2009.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).
- Barros, S. M. M., & Trindade, Z. A. (2007). Maternidade “prematura”: Uma investigação psicossociológica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(2), 253-269.
- Braga, D. F., Machado, M. M. T., & Bosi, M. L. M. (2008). Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: Percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, 21(3), 293-302.
- Brasil. Ministério da Saúde (1996). *Resolução 196/96: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 22 Julho 2009 de <http://conselho.saude.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe-Canguru: Manual do curso*. Brasília, DF: Autor.

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2008). *Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos*. Brasília, DF: Autor.
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2005). Intervenções frente ao nascimento prematuro: Uma revisão teórica. *Scientia Medica*, 15(1), 60-67. Recuperado em 06 Junho 2008 em <http://www/Psychlit> em 06/06/2008.
- Bueno, L. G. S., & Teruya, K. M. (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80(5 supl.), 127- 130.
- Colameo, A. J., & Réa, M. F. (2006). O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: Uma análise do processo de implantação. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 597-607.
- Delgado, E. D., & Halpern, R. (2004). Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternas. *Arquivos Médicos Canoas*, 7(2), 5-28.
- Furlan, C. E. F. B., Scochi, C. G. S., & Furtado, M. C. C. (2003). Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11(4), 444-452.
- Garel, M., Dardennes, M., & Blondel, B. (2006). Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the epipage qualitative study. *Journal Compilation*, 33(2), 137-143.
- Giugliani, E. R. J., & Lamounier, J. A. (2004). Aleitamento materno: Uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, 80 (5 supl.), 117-118.
- Glaser, A., Bucherb, H. U., Moergelia, H., Fauchèreb, J., & Buechia, S. (2007). Loss of a preterm infant: psychological aspects in parents. *Swiss Med Wkly*, 137, 392 - 401.
- Gorgulho, F. R., & Pacheco, S. T. (2008). Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), 19-24.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., Demirtas, H., Zinaman, M., & Chatterton, R. T. (2006). Mood states and milk output in lactating mothers of preterm and term infants. *Journal of Human Lactation*, 22(3), 305-314.

- Javorski, M., Caetano, L. C., Vasconcelos, M. G. L., Leite, A. M., & Scochi, C.G.S. (2004). As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em Unidade de Cuidado Canguru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 890-898.
- Martins, I. M. B., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2005). Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 235-242.
- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington: American Psychological Association.
- Nascimento, M. B. R., & Issler, H. (2004). Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria*, 80(5 Supl.), 163-172.
- Oliveira e Silva, M. B., & Brito, R.C. (2008). Percepções e Comportamentos de Cuidado Neonatal de Mulheres Participantes de um Programa Mãe-Canguru. *Interação em Psicologia*, 12(2), 255-266.
- Rego, J. D. (2009). Amamentando um prematuro. In J. D. Rego (Ed.2a). *Aleitamento Materno* (pp.285-293). São Paulo, SP: Atheneu.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-43.
- Scortegagna, S. A., Miranda, C.A., Morch, D. S., Carvalho, R.A., Biasi, J., & Cherubini, F. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Revista de Psicologia da Vetor*, 6(2), 61-70.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sócio-demográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Serra, S. O. A., & Scochi, C. G. S. (2004). *Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal*. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(4), 597-605. Recuperado em 26 Junho 2008 em <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>.

- Silva, R.V., & Silva, I. A., (2009). A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Escola Anna Nery Revista*, 13(1), 108-115.
- United Nations Children's Fund/ World Health Organization - UNICEF/WHO. (2009). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: Módulo3: Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso 20 horas para equipes de maternidade*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Vasconcelos, M. G. L., Scochi, C. G. S., & Leite, A. M. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. 6(1), 47-57. Recuperado em 11 Janeiro 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6nl/a06v6nl.pdf>
- Venâncio S. I., & Almeida, H. (2004). Método Canguru e seu impacto na amamentação. *Jornal de Pediatria*, 80(5 Supl), 173- 180.
- Zelkowitz, P., & Papagerorgiou, A. (2005). Maternal anxiety: An emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatrica*, 94(12), 1704-1705.



### 2.3 ESTUDO 3 - Aleitamento de prematuros: relações com estratégias de enfrentamento maternas, suporte social, características do bebê e variáveis sociodemográficas<sup>9</sup>

#### Resumo

**Introdução:** O aleitamento materno é primordial para a sobrevivência infantil, principalmente nos casos de prematuridade, quando as mães experimentam mais dificuldades na amamentação. **Objetivo:** Investigar as relações entre as estratégias de enfrentamento ( *coping* ) da condição de ter um filho prematuro internado na Unidade Neonatal (UN) e o processo de amamentação por mães acompanhantes e inseridas no Método Mãe-Canguru. **Métodos:** Participaram 20 mães do Alojamento Canguru (AC) em hospital público de Petrolina, PE. Após alta da UN, as mães responderam à Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e a uma entrevista, sendo também coletadas informações em prontuários do bebê. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico para comparar o  *coping*  com as variáveis de amamentação, sociodemográficas, de suporte social e da criança. **Resultados:** Análise obtida pela EMEP indicou predomínio de estratégias focalizadas em  *práticas religiosas/pensamento fantasioso* , especialmente para mães com problemas na amamentação, seguida de  *focalização no problema* . Variáveis do bebê, como menor idade gestacional e menor peso ao nascimento e na alta da UN, relacionaram-se com maior tempo para translactação e início da amamentação. Na alta do AC 19 mães estavam em aleitamento exclusivo. Este se relacionou com suporte apropriado da família, da rede social e, especialmente, dos profissionais de saúde. **Conclusões:** A presença de estratégias de enfrentamento focalizadas na solução de problemas e um efetivo suporte social do ambiente sugerem haver um espaço psicológico significativo para que as intervenções da equipe de saúde no processo de aleitamento sejam bem recebidas pelas mães, garantindo o sucesso da amamentação.

---

<sup>9</sup> A ser submetido a periódico científico, fonte Times New Roman classificado pelo Qualis/CAPES como B1 (Psicologia/2012).

**Palavras-chaves:** Aleitamento materno; Enfrentamento; Prematuro; Mães; Alojamento Canguru; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

## **Abstract**

**Introduction:** Breastfeeding is essential for the child survival, especially in cases of preterm birth when mothers experience more difficulties in breastfeeding. **Objective:** To investigate the relationship between coping strategies (coping) of the condition of having a premature baby admitted to the Neonatal Unit (BU) and the process of breastfeeding for accompanying mothers inserted into the Kangaroo Mother Method. **Methods:** Participants were 20 mothers of Accommodation Kangaroo (AC) in a public hospital in Petrolina, PE. After discharge from the BU, the mothers responded to the Ways of Coping Checklist (Brazilian version - EMEP) and to an interview, also, information on the baby's medical records was collected. The data was analyzed statistically to compare coping with breastfeeding, sociodemographic, social support and the child's variables. **Results:** Analysis obtained by EMEP indicated predominance of strategies focused on religious practices / wishful thinking, especially for mothers with breastfeeding problems, followed by focusing on the problem. Baby variables, such as lower gestational age and lower weight on birth and on the release of the BU, were related to higher time for relactation and initiation of breastfeeding. In the release from AC 19 mothers were breastfeeding exclusively. This was related to support from the family, social network, and especially from health professionals. **Conclusions:** The presence of coping strategies focused on solving problems and an effective social support environment suggest that there is a significant psychological space so that interventions of the health team in the process of breastfeeding are well received by mothers, ensuring the success of breastfeeding.

**Keywords:** Breastfeeding; Coping; Premature; Mothers; Kangaroo Accommodation; Neonatal Intensive Care Units.

## 1 Introdução

O aumento da sobrevivência de bebês muito prematuros trouxe uma crescente preocupação com seu desenvolvimento, inclusive quanto aos resultados socioemocionais<sup>1,2,3</sup>. Entre os vários fatores que afetam seu desenvolvimento, está a qualidade do relacionamento precoce mãe-bebê, a qual pode agravar ou atenuar o impacto negativo do parto prematuro<sup>4,5</sup>. Nesse sentido, as práticas de atenção humanizada ao nascimento do prematuro sinalizam o caminho para promover a qualidade da atenção ao binômio mãe-filho prematuro e tem levantado preocupação da comunidade científica mundial<sup>6</sup>. Da mesma forma, a duração do aleitamento materno tem um impacto significativo no desenvolvimento cognitivo de prematuros<sup>7,8</sup>. Ainda, os estudos apontam ser a amamentação de suma importância para a saúde física e mental desses bebês<sup>7,8,9,10</sup>. Contudo, cabe lembrar que a experiência de ter um filho prematuro é caracterizada por uma complexidade de fatores, os quais, para serem desvelados, exigem mais investigações que se respaldem numa perspectiva relacional e histórica<sup>11</sup>.

Observa-se que algumas mães de bebês prematuros sentem dificuldades no processo de amamentação, indicando que existem lacunas que a assistência da equipe profissional não consegue preencher<sup>12</sup>. De antemão, é possível levantar algumas hipóteses sobre as dificuldades existentes nesse contexto. O aleitamento materno pode ser alterado ou interrompido pelo estado de ansiedade e estresse da mãe, devido ao nascimento pré-termo, dificultando a manutenção da lactação<sup>13</sup>. Além disso, o nascimento prematuro é cercado por sentimentos de dúvida, medo, revolta, tristeza e fracasso frente à situação de fragilidade e risco a que o filho está exposto<sup>14,15,16</sup>.

Nesse momento, cabe à equipe de saúde proporcionar um contato inicial dos pais em um ambiente acolhedor. Também com efeito protetor, pesquisadores observaram que o apoio de pessoas significativas pode representar um papel importante em situações de estresse, tanto que o suporte social tem sido incluído em grande parte dos instrumentos para a mensuração

do enfrentamento (*coping*), a exemplo da Escala de Enfrentamento de Problemas (EMEP)<sup>17</sup>. Assim, outra variável a ser considerada na análise do aleitamento materno reside no processo de enfrentamento<sup>18,19,20</sup> apresentado pelas mães de prematuros, tema esse também pouco abordado diretamente nas pesquisas da área.

Dessa forma, considerando que o aleitamento materno é de suma importância para o desenvolvimento físico e neuropsíquico de crianças prematuras, pretendeu-se investigar as relações entre as estratégias de enfrentamento (*coping*) da condição de ter um filho prematuro internado na Unidade Neonatal (UN) e, o processo de amamentação por mães acompanhantes e inseridas no método Mãe Canguru de um hospital público de uma cidade de médio porte do sertão pernambucano.

## **2 Método**

### **2.1 Participantes e local de coleta de dados**

Participaram desta pesquisa 20 mães de RN prematuro (PT) e/ou com baixo peso (BP) que acompanharam seus filhos na Unidade Neonatal (UN) (atendimento semi-intensivo de bebês) e, posteriormente, no Alojamento Canguru (AC), do Hospital Dom Malan, em Petrolina, PE. As mães estavam cientes do objetivo e procedimento do estudo, formalizando a participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O critério de inclusão na amostra foi ser mãe de RN classificado como PT, com idade gestacional (IG) ao nascimento <37 semanas e/ou com BP (<2.500g), que, ao ingressarem no AC, procedentes da UN, estivessem pesando no mínimo 1.250g, no período de seis meses (setembro de 2009 a março de 2010). Entre os critérios de exclusão: (a) mães de RNPT e/ ou RNBP procedentes de outros setores do hospital, que não a UN; (b) mães com alguma patologia que dificultasse ou contraindicasse a amamentação; (c) mães de gêmeos, pois, nestas condições, as demandas maternas, tanto biológicas, como psicológicas e sociais, vão diferir de outras mães que compõem a amostra; (d) RN com patologias ou malformação que

dificultassem a amamentação; e (e) mães que não assinassem o Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa.

Na UN foram hospitalizados 30 RN/mês, em média, no período da coleta de dados (setembro de 2009 a março de 2010). Desses, apenas 28 RNPT e/ ou RNBP foram para o AC nesse período, sendo que 20 RNPT e/ou RNBP preencheram os critérios de inclusão da amostra.

## **2.2 Instrumentos**

Foram utilizados cinco instrumentos para coleta de dados, descritos a seguir:

- 1) Prontuário de Internação dos RN na UN e no AC, contendo: (a) Dados de caracterização da mãe; (b) Dados de caracterização do bebê; (c) Vias de administração da dieta oferecida ao bebê; (d) Alimentação do bebê na alta da UN para o AC; e (e) Resumo de alta do RN da UN e do AC;
- 2) Ficha de atendimento do Banco de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno (BIAMA) e Banco de Leite Humano, contendo dados de caracterização da mãe, dificuldades para amamentar e acompanhamento do processo de amamentação pela equipe do Banco de Leite;
- 3) Protocolo de entrevista com as mães, com 32 perguntas objetivas e subjetivas contendo: I- Dados demográficos; II - Variáveis de suporte social; III- Dados de caracterização de suporte à amamentação (primeira visita ao filho, apoio à amamentação, transferência do filho para o AC, sentimentos maternos, adaptação e permanência da mãe na UN e AC);
- 4) Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)<sup>17</sup>: permite uma análise clínica ou qualitativa das estratégias de enfrentamento (EE) utilizadas pelas mães diante de um estressor como, por exemplo, o nascimento prematuro e a hospitalização do bebê. De forma geral, a EMEP considera as estratégias voltadas para a resolução do problema ou esquiva, sentimentos

relacionados a esse contexto, bem como os tipos de apoio que o indivíduo busca para lidar com as adversidades.

5) Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>21</sup> – com 10 itens o instrumento faz um levantamento de características domiciliares (automóveis, aparelhos de TV, rádio, banheiros, máquina de lavar roupas, entre outros) e do nível de instrução do responsável pela família. A partir desses critérios, as famílias podem ser classificadas em oito classes econômicas, em ordem decrescente: Classe A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

### **2.3 Procedimento**

Foram feitas entrevistas individualizadas, gravadas, com as mães no AC, durante a última semana de internamento dos seus filhos, respondendo também à EMEP e ao Critério de Classificação Econômica Brasil. Simultaneamente, foi feita a consulta aos prontuários de internamento e alta dos RN, e à ficha de atendimento do BIAMA.

### **2.4 Processamento e análise de dados**

A análise dos dados obtidos com a EMEP seguiu as instruções prescritas no manual, verificando-se a distribuição nos quatro fatores: EE focalizadas no problema (Fator 1); EE focalizadas na emoção (Fator 2); Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (Fator 3) e Busca de suporte social (Fator 4). São levantadas as respostas dadas aos 45 itens em escala *Likert* de cinco pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre), sendo os escores mais altos indicativos de maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento.

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico por meio do pacote estatístico PASW 17.0. Foram aplicados testes não paramétricos, como os de *Mann-Whitney* e o de *Kruskal-Wallis*, para se comparar as pontuações da EMEP com as outras variáveis do estudo. Também foram aplicadas as tabelas cruzadas com o teste qui-quadrado ( $p$ -valor  $\leq 0,05$ ).

Além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todas as participantes, os demais critérios éticos foram seguidos, sendo obtida a autorização para o desenvolvimento da pesquisa pelo Comitê de Ética do hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP sob o nº 1615.

### **3 Resultados**

#### **3.1 Caracterização da amostra**

A idade média das 20 mães acompanhantes foi de 23 anos, com amplitude de variação (AV) de 18 a 37 anos, havendo duas mães com 18 anos (10%); 15 tinham mais de 18 anos e menos de 34 anos (75%) e três mães tinham mais de 34 anos (15%). A escolaridade média foi de Ensino Fundamental incompleto (de 2ª à 7ª série), onde se enquadraram oito mães (40%); cinco tinham Ensino Fundamental completo (25%), seis mães (30%) concluíram o Ensino Médio e somente uma mãe (5%) com nível superior. A classe socioeconômica das famílias predominante foi C2, distribuindo-se da classe E à classe B2 (E/D = 7; C2: = 8; C1/B2 = 5), equivalendo à faixa salarial de 0,5 a 3 salários-mínimos da época<sup>20</sup>. A maioria das mães vivia com esposo ou companheiro (18) e tinha apenas um filho (12).

Participar do grupo do Encontro de Mães Acompanhantes, (EMA), foi indicado por 18 mães (90%) como um dos tipos de suporte social recebido, além do suporte da equipe multidisciplinar da UN, do BIAMA e do AC (85%). Quase todas as mães (95%) receberam também a visita do pai do bebê. No entanto, nenhuma mãe recebeu apoio ou acompanhamento de um profissional no momento de visitar, pela primeira vez, o filho na UN.

A IG média dos bebês foi de 32 semanas (AV = 28-35), havendo 13 bebês (65%) com mais de 32 semanas e sete (35%) com menos de 32 semanas. Nasceram com muito baixo peso (MBP = <1.500g) 13 bebês (65%) e, por conseguinte, sete (35%) com BP (1.500g - 2.500g).



O tempo médio de hospitalização das díades foi de 24 dias (AV = 4-62), sendo menos de 30 dias para 12 mães (60%) e mais de 30 dias para oito (40%) delas.

### **3.2 Caracterização do processo de amamentação das mães na Unidade Neonatal (UN) e Alojamento Canguru (AC)**

Para a metade da amostra, a primeira visita das mães ao filho na UN foi feita logo no primeiro dia do nascimento (AV = 1-4 dias). A maioria (n=18) realizou ordenhas na própria UN (90%); totalizando até 150 ordenhas para 12 mães (60%) (AV = 52-350 ordenhas). No AC, 13 mães (65%) fizeram mais de 50 ordenhas; as demais fizeram menos que 50 (AV = 9-152). Todas as mães foram assistidas pelo BIAMA, sendo que 13 (65%) necessitaram até 10 atendimentos (AV = 2-36). Da mesma forma, toda a amostra recebeu orientações de amamentação, sendo que 11 (55%) aconteceram no BIAMA e as demais em outros locais do hospital, como na UN e no AC.

A alimentação da maioria dos bebês (12) foi iniciada por sonda orogástrica (SOG), ocorrendo até o segundo dia de vida e, após o segundo dia, para cinco bebês (25%). Iniciaram o peito-estímulo, após 10 dias de nascimento, nove bebês; mas, sete bebês iniciaram antes (AV = 1-9 dias). Somente quatro bebês não iniciaram o peito- estímulo, pois já se encontravam aptos a mamar. A translactação ocorreu antes de 20 dias para 11 bebês (55%) (AV = 4-55 dias). Já a amamentação à livre demanda ocorreu depois de 20 dias de nascimento para oito bebês (40%) e, antes desse período, para seis bebês (30%) (AV = 4-62 dias).

No início da lactação o fluxo de leite de 11 mães (55%) era bom, mas, no decorrer do tempo, ocorreu uma diminuição do fluxo, de modo que 11 mães (55%) necessitaram fazer uso de leite humano ordenhado e pasteurizado (LHOP). Durante a internação do bebê na UN, 12 mães (60%) tinham um bom fluxo de leite materno ordenhado. Por fim, na alta do AC, 19 mães (95%) apresentavam bom fluxo de leite materno ordenhado e, 12 mães (60%) amamentavam sob livre demanda, sete mães (35%) complementavam com leite materno

ordenado por translactação e uma (5%) mãe amamentava e complementava com fórmula para prematuros por translactação.

A maioria das mães acompanhantes (55%) afirmou ter apresentado problemas para amamentar seu filho logo após o nascimento. Os problemas precoces relativos à mama puerperal foram principalmente o ingurgitamento mamário (35%) e as fissuras (15%), em relação ao fluxo de leite este se encontrava ausente no início do puerpério em apenas (5%) das mães.

### 3.3 Estratégias de enfrentamento das mães de prematuros internados

Os escores da EMEP mostraram uma variabilidade de respostas de enfrentamento emitidas pelas 20 mães deste estudo. Houve maior frequência de *práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso*, seguida de enfrentamento *focalizado no problema*. A focalização *no suporte social* foi relatada com menor frequência. As estratégias *focalizadas na emoção* se apresentaram com a menor predominância nesta amostra (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégias de enfrentamento de mães de prematuros pela EMEP ( $n = 20$ )

Tipos de enfrentamento	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio-padrão
Busca de práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos	2,71	5	4,43	4,20	0,73
Focalizado no problema	1,83	4,72	3,66	3,56	0,82
Focalizado no suporte social	1	5	2,60	2,81	1,42
Focalizado na emoção	1,07	4	1,77	1,94	0,77

O enfrentamento focalizado em *práticas religiosas e/ou pensamentos fantasiosos* foi mais frequente, significativamente, em mães que visitaram seu bebê na UN, logo no primeiro dia de nascimento, e para aquelas que apresentaram problemas de amamentação. Estas últimas também se diferenciaram por um enfrentamento focalizado no *suporte social* (Tabela 2).

Tabela 2. Relações significativas entre variáveis da amamentação e os tipos de enfrentamento das mães

Tipo de enfrentamento	n	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
<i>Busca de práticas religiosas / pensamentos fantasiosos</i>					
Primeira visita ao bebê na Unidade Neonatal					
Até o 1º dia	10	4,54	4,58	0,34	0,023*
Depois do 1º dia	10	3,99	3,82	0,83	
Problemas de amamentação					
Sim	11	4,71	4,53	0,65	0,007*
Não	9	3,86	3,80	0,65	
<i>Focalizado no suporte social</i>					
Problemas de amamentação					
Sim	11	3,40	3,36	1,32	0,042*
Não	9	1,80	2,13	1,30	

\*p-valor significativo  $\leq 0,05$ ; teste de Mann-Whitney.

### 3.4 Relações entre a amamentação e variáveis sociodemográficas

As variáveis da amamentação não apresentaram relações significativas com as seguintes variáveis sociodemográficas: idade materna, profissão, religião, número de filhos, estado civil, número de pessoas na família, local onde reside, renda familiar e renda individual. Contudo, a escolaridade das mães relacionou-se significativamente com o início da SOG até o segundo dia de vida do bebê (83,3%) para as oito mães que não tinham concluído o Ensino Fundamental, enquanto que a maior parte das mães com Ensino Médio ou Superior (80%) iniciou a SOG após o segundo dia (p-valor = 0,028), houve ainda significância estatística entre a maior participação da mãe em alguma atividade educativa oferecida pelo hospital ou atividade religiosa durante a hospitalização e não precisar de complemento de leite humano ordenhado e pasteurizado do Banco de Leite (p-valor = 0,028).

### 3.5 Relações entre amamentação e características do bebê

A menor idade do bebê na alta da UN (<20 dias) relacionou-se com: (a) início da translactação até o 20º dia de vida (p-valor = 0,008); (b) início da amamentação no AC até o

20º dia (p-valor = 0,038); e (c) mãe apresentar bom fluxo de leite na UN. Para 65% das mães de bebês que tiveram da alta da UN com >20 dias houve baixo fluxo de leite (p-valor = 0,004).

O menor peso do bebê ao nascimento (<1.500g) relacionou-se com: (a) todas as mães receberem 10 ou mais atendimentos no Banco de Leite (53,8% das mães dos bebês >1.500g receberam, no Banco de Leite, menos de 10 atendimentos) (p-valor = 0,044); (b) a maior parte das mães (84,6%) realizar >50 ordenhas no AC (71,4% das mães dos bebês >1.500g realizaram <50 ordenhas) (p-valor = 0,022); (c) a maior parte das mães (90,9%) ter iniciado a amamentação no AC após o 20º dia (mães dos bebês >1.500g (66,7%) iniciaram a amamentação no AC até o 20º dia) (p-valor = 0,017); e (d) as mães (53,8%) de bebês <1.300g realizaram 50 ordenhas ou mais; enquanto que as mães (46,2%) dos bebês >1.300g realizaram menos de 50 ordenhas no AC (p-valor = 0,044).

O menor tempo de internação na UN (<20 dias) relacionou-se com: (a) todas as mães iniciarem a translactação até o 20º dia de vida (55,6% das mães dos bebês internados >20 dias iniciaram a translactação após o 20º dia) (p-valor = 0,008); (b) todas as mães iniciarem a amamentação no AC até o 20º dia (45,5% das mães dos bebês internados >20 dias iniciaram a amamentação no AC após o 20º dia) (p-valor = 0,038); e (c) todas as mães apresentarem bom fluxo de leite durante a sua permanência na UN (65% das mães dos bebês internados >20 dias apresentaram baixo fluxo de leite durante a sua permanência na UN) (p-valor = 0,004). Já no AC, o menor tempo (<10 dias) relacionou-se com todas as mães que realizaram menos de 50 ordenhas no AC (76,9% das mães dos bebês internados de 10 a 20 dias no AC realizaram 50 ou mais ordenhas) (p-valor = 0,004).

#### **4 Discussão**

Este estudo permitiu identificar, pela EMEP<sup>17</sup>, modos diversos de enfrentamento das mães acompanhantes de bebês prematuros ao lidar com múltiplos estressores nesse contexto

de hospitalização, indicando uso frequente de estratégias focalizadas em *práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso*, seguida por estratégias *focalizadas no problema*, esta considerada uma importante estratégia adaptativa<sup>17</sup>. De outro lado, a *busca de suporte social* e as estratégias *focalizadas na emoção* se apresentaram com menor predominância.

Em consonância com a literatura<sup>20</sup>, esse padrão de enfrentamento é compreensível, pois, diante de uma ameaça à saúde e integridade dos filhos, as mães de crianças prematuras ficam fragilizadas, uma vez que o nascimento do bebê constitui-se em uma experiência emocional estressante, dificultando o estabelecimento da interação com o filho<sup>5, 10</sup>.

O uso de estratégias focalizadas na *busca de práticas religiosas ou pensamento fantasioso* foi significativamente mais frequente nas mães, que realizaram a primeira visita ao filho na UN até o primeiro dia de vida do bebê e, também, naquelas que apresentaram problemas de amamentação. Assim, diante de um fato que foge ao controle pessoal, essas mães recorrem ao sagrado e a pensamentos mágicos, para auxílio na resolução dos problemas de saúde, servindo como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los<sup>17,20</sup>.

Da mesma forma, as mães que apresentaram como estratégia de enfrentamento mais frequente a *busca de suporte social* também relataram ter problemas de amamentação. A busca de apoio por parte das mães é essencial para garantir o aleitamento materno, mas deve ser acompanhada pela disponibilidade da equipe de saúde em oferecer apoio e orientação, ajudando-as a se adaptarem às demandas do bebê<sup>14</sup>. Esse apoio da equipe de saúde parece ter exercido um papel importante na situação de estresse<sup>13,17</sup>, pois todas as mães relataram ter recebido orientações de amamentação, seja no Banco de Leite Humano ou em outros locais, como na UN e AC. Coerentemente, na alta do AC, 19 mães apresentavam bom fluxo de leite materno ordenhado, saindo todas em amamentação exclusiva, com exceção de uma mãe, que recebeu alta amamentando o filho e utilizando complemento. Essa alta frequência é maior do

que a encontrada em outro estudo<sup>22</sup> sobre os fatores que influenciaram o desmame de 89 prematuros de baixo peso nascidos em uma maternidade pública da cidade de São Paulo, em que foi verificado que a média de idade para o desmame parcial foi de 1,41 meses e para o desmame total foi de 2,93 meses.

Além das orientações da equipe, o apoio social, fornecido por atividades educativas e de participação em cultos religiosos, também foi significativo, estando relacionado ao fato de as mães não precisarem do uso de complemento com o leite humano ordenhado e pasteurizado. Essas formas de suporte social são essenciais no caso do aleitamento materno prematuros em AC<sup>15</sup>, uma vez que as concepções sociais desse ato incluem o fato dessas mães desejarem, em princípio, aleitar seus filhos; mas, o fato de elas vivenciarem a iminência do fracasso no aleitamento materno, face às inúmeras variáveis a que estão expostas, contribui para diminuir a produção e a ejeção do leite.

Algumas das dificuldades se relacionaram com a pequena idade gestacional dos bebês, levando a diferenças no início da translactação e no início da amamentação no AC, de forma que, quanto mais precoce o nascimento (menos de 32 semanas de gestação), mais tarde (após 20 dias de nascimento) iniciou-se a translactação e a amamentação no AC. Houve, assim, um atraso para a díade mãe-criança chegar ao aleitamento materno exclusivo, confirmando outros estudos da área<sup>12,14,16</sup>. Esse atraso tem consequências não só físicas para o bebê<sup>1</sup>, mas também afetivas e emocionais, podendo afetar a interação mãe-bebê<sup>2,4</sup>.

Ainda no tocante às dificuldades da amamentação e seu impacto na interação da díade, outros dados significativos relacionam as variáveis da amamentação com a idade cronológica do bebê na alta da UN: o início da translactação e da amamentação no AC ocorreram mais cedo (menos de 20 dias) e se relacionaram a um bom fluxo de leite para mães de bebês que receberam alta da UN com menos de 20 dias e iniciaram a amamentação no AC até 20 dias de vida. Assim como a idade gestacional afetou a amamentação, o baixo peso ao nascimento

(menos de 1.500g) também levou a uma maior frequência de atendimentos no Banco de Leite e de ordenhas de leite no AC.

Os dados desta pesquisa certamente reforçam a prerrogativa de que os profissionais de saúde deverão oferecer à mãe e ao filho, no processo de amamentação, um apoio permanente<sup>12</sup>. Um estudo feito com prematuros de muito baixo peso ressalta a importância de práticas humanizadas, que não abordem apenas procedimentos técnicos, mas envolvam habilidades e atitudes de empatia<sup>23</sup>.

Uma situação facilitadora desse processo reside no Método Mãe Canguru<sup>6</sup>, pois se verificou, neste estudo, que os bebês que ficaram menos de 20 dias na UN iniciaram a amamentação no AC antes do 20º dia de vida, demonstrando a importância desse método de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, que funciona como fator de proteção para o aleitamento exclusivo no momento da alta hospitalar<sup>16</sup> aumentando a probabilidade de amamentarem por mais tempo<sup>15,22</sup>. Assim, os resultados favoráveis à amamentação exclusiva de 19 recém-nascidos prematuros apontam como as mães enfrentaram o processo de amamentação por meio do suporte apropriado da família, da rede social de apoio e em especial dos profissionais de saúde, assemelhando-se aos resultados de outras pesquisas<sup>12,23</sup>.

## **5 Conclusões**

Os serviços de saúde devem adequar-se no sentido de uniformizar em outros setores do hospital, que atendem a mãe acompanhante do bebê prematuro, normas e rotinas humanizadas para acolhê-las no início do processo, quando se encontram fragilizadas pela condição que se impõe transformando-as em puérperas de um filho prematuro internado em uma UN de risco. Nesse sentido, salienta-se a relevante presença do acompanhante para as gestantes de alto risco.

No presente trabalho ficou evidenciado que o ato de amamentar um prematuro envolve aspectos de natureza biopsicossocial. Por conseguinte, as mães devem ser assistidas por

profissionais desde o primeiro contato com o bebê, ajudando-as a elaborarem a perda do filho que elas idealizaram durante a gestação, reduzindo o medo, estimulando-as a expressar seus sentimentos, visando o alívio de suas ansiedades e angústias, preferencialmente por intermédio de equipe interdisciplinar.

A amamentação é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis e, por isso, deve ser considerada uma prioridade na elaboração de políticas de saúde. No âmbito hospitalar, gestores e profissionais devem compreender que as mães fragilizadas precisam de suporte psicológico, social, familiar, institucional para amamentar de forma plena os seus filhos.

## **6 Referências**

1. Feldman EA. Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. Wiley Periodicals, Inc. *Dev Psychobiol.* 2003; 43:(2)109-19.
2. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics.* 2008; 118:(1)107-14.
3. Hill PD, Aldag JC, Demirtas H, Zinaman M, Chatterton RT. Mood states and milk output in lactating mothers of preterm and term infants. *J Hum Lact.* 2006; 22(3):305- 14.
4. Klein VC, Linhares MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicol. estud.* 2006; 11(2):277-84.
5. Martins IMB, Linhares MBM, Martinez, FE. Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicol. estud.* 2005;10(2):235-42.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Anderson JW, Johnstone BM, Remley, DT. Breast-feeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999;70(4):525-35.



8. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Robert W, Platt RW, et al. Breastfeeding and child cognitive development. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):558-78.
9. Bier JAB, Oliver T, Ferguson AE, Vohr BR. Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. *J Hum Lact*. 2002;18(4):361-67.
10. Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Tomazatti J, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento psicológico da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2000;10(12):60- 69.
11. Barros SMM, Trindade ZA. Maternidade “prematura”: Uma investigação psicossociológica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Psicol. saúde doenças*. 2007;8(2):253-69.
12. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: Percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev. Nutr*. 2008;21(3):293-302.
13. Zelkowitz P, Papagerorgiou A. Maternal anxiety: an emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatr*. 2005;94(12):1704-5.
14. Delgado ED, Halpern R. Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternas. *Arq Med*. 2004;7(2):5-28.
15. Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em Unidade de Cuidado Canguru. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(6):890-98.
16. Venâncio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr (Rio de J)*. 2004;80(5Suppl):S173-180.
17. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2000;17(3):225-34.
18. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984. p. 142-79.

19. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping. *Annu. Rev. Psychol.* 2007;58:119-44.
20. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicol. Refl. Crít.* 2005;18(2):188-95.
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP. [periódico online]. 2009 [acesso em 25 abril 2009]. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org).
22. Silva SMS, Segre CAM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.* 2010;20(2):291-01.
23. Gorgulho FR, Pacheco ST. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Esc Anna Nery.* 2008;12(1):19-24.

### 3 DISCUSSÃO

Adotando um delineamento pré-experimental, de caráter relacional e de base quanti-qualitativa (Meltzoff, 2001), este estudo se propôs a investigar as estratégias de enfrentamento da condição de ser mãe acompanhante de recém-nascido (RN) prematuro e suas relações com o processo de amamentação ao longo das experiências iniciais de interação da díade mãe-bebê.

Junto a esse objetivo principal, buscavam-se respostas para uma série de questionamentos, a saber:

- 1) Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas por mães acompanhantes durante a internação do bebê prematuro e de baixo peso na Unidade Neonatal e no Alojamento Canguru de um hospital público de Petrolina, Pernambuco (Estudo 1)?
- 2) Como se caracterizou o suporte social recebido pela mãe nesse período e qual a sua influência no processo de amamentação (Estudo 2)?
- 3) Quais foram os sentimentos vivenciados pelas mães durante a internação do RN na Unidade Neonatal e no Alojamento Canguru e como o apoio da família interferiu no processo de amamentação nessa condição diferenciada (Estudo 2)?
- 4) Quais as relações entre aleitamento e estratégias de enfrentamento maternas, variáveis sociodemográficas, de suporte social e características do bebê (Estudo 3)?

Frente ao nascimento prematuro, as mães são constantemente submetidas a sentimentos de fracasso, inferioridade, culpa e tristeza. Nas palavras de Druon (1999), nesse momento, uma “tempestade psíquica” se instala, e os pais terão muita dificuldade para diferenciar o bebê idealizado do bebê que observam na incubadora. Nesse confronto entre fantasia e realidade, Alfaya e Schermann (2005) consideram

que as emoções negativas podem ser compreendidas em função da interrupção do processo de separação psicológica parental, que, normalmente, ocorre durante o último trimestre de gravidez.

As mães vivenciam mudanças drásticas pelo tempo de permanência de seus filhos na UTIN ou na Unidade de Cuidados Intensivos, de modo que são submetidas constantemente a sentimentos de medo, tristeza e saudade dos familiares (Rego, 2009; Serra & Scochi, 2004). Para superar o estresse, as mães desenvolvem estratégias de enfrentamento (*coping*), que têm por objetivo administrar as demandas internas e externas e as emoções provocadas nesse contexto (Lazarus & Folkam, 1984). Assim, são relevantes os estudos que avaliam o repertório utilizado pelo indivíduo em situações de grande sobrecarga emocional, considerando a hipótese de que a predominância de estratégias mal-adaptativas tem impacto na qualidade da interação mãe-bebê (Scortegagna et al., 2005), afetando, por sua vez, a trajetória de desenvolvimento do RN prematuro e de baixo peso (Barros et al., 2006; Gorgulho & Pacheco, 2008; Jarvoski et al., 2004; Martins et al., 2005; Scochi et al., 2003).

Diferentes estudos realizados no âmbito da saúde têm apontado a influência das práticas religiosas como ferramentas auxiliares no enfrentamento de situações adversas (Mensorio et al., 2009; Seidl et al., 2001), assim, como no tratamento e cura das enfermidades (Biggar et al., 1999; Panzini & Bandeira, 2007; Faria & Seidl, 2006). Nesta pesquisa, a busca de suporte religioso e a focalização do problema se apresentaram como as estratégias mais utilizadas pelo grupo de mães. Análises obtidas por meio da EMEP e dos indicadores de enfrentamento levantados a partir dos relatos indicaram que a busca de práticas religiosas participou ativamente dos mecanismos cognitivos de enfrentamento (estratégias ativas de aproximação do

estressor), exercendo um papel de suporte e provendo recursos para lidar com uma difícil e dolorosa situação (Faria & Seidl, 2006).

Embora não tenha sido possível comparar o perfil de enfrentamento de nossa amostra com outros estudos no país que tenham investigado o *coping* em mães de prematuros mediante a EMEP, a busca de práticas religiosas foi a estratégia predominante de cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos, ao lado das estratégias focalizadas no problema (Seidl et al., 2005), padrão semelhante encontrado na amostra de cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia (Mensorio et al., 2009), acrescido da estratégia de busca de suporte social. Certamente, variáveis pessoais e sociodemográficas, além das interações entre os contextos (Bronfenbrenner, 1996) afetam o uso das estratégias de enfrentamento por diferentes grupos. Todavia, a despeito das particularidades de cada estudo, os resultados obtidos poderão oferecer subsídios para a elaboração de programas interdisciplinares de intervenção, voltados para a aquisição e manutenção de estratégias de enfrentamento mais efetivas pelo cuidador, que terá que lidar com as repercussões de fatos, que modificarão radicalmente o cotidiano de sua família.

Segundo Pargament (1997), as estratégias baseadas na religiosidade são praticadas por pessoas cujas crenças e práticas religiosas são parte relevante de seus valores e orientação geral no mundo. O *coping* religioso/espiritual é especialmente utilizado em situações de crise, sendo mais positivo do que negativo e, geralmente, estão associados, respectivamente, a melhores ou piores resultados de saúde física/mental e qualidade de vida (Panzini & Bandeira, 2007).

Para o nosso grupo de mães, a fé em Deus, a esperança renovada e a expectativa de que o frágil e pequeno bebê superaria tantas dificuldades fortaleceram as mães durante o período de hospitalização do filho. As emoções

negativas (ansiedade e angústia), como previsto, permearam o universo do grupo (Braga et al, 2008; Delgado & Halpern, 2004; Javorski et al., 2004; Serra & Scochi, 2004), ao lado de sentimentos positivos; todavia, conforme o desenvolvimento do bebê e o suporte recebido (familiar e profissional), indicadores adaptativos puderam ser aferidos.

No tocante às estratégias focalizadas no problema (segundo fator mais referido pela amostra), elas demandam um suporte efetivo do ambiente social (Faria & Seidl, 2006; Santos & Fernandes, 2009; Seidl et al., 2001; Seidl et al., 2005). Em nosso estudo, diante do medo, cansaço, desamparo e até da possibilidade de perder o bebê, os recursos provenientes da rede de apoio familiar (visita do companheiro, filhos e amizades com outras mães) permitiu às mães a adoção de estratégias mais adaptativas. Tais como em outras pesquisas, as relações de companheirismo e amizade das mães afloram da convivência pelo longo tempo de permanência no hospital (Furlan, Scochi & Furtado, 2003; Vasconcelos et al., 2006), constituindo-se em importante indicador de enfrentamento positivo.

Além da presença constante dos companheiros, a presença dos avós foi marcante, reforçando e fortalecendo os laços parentais. Delgado e Halpern (2004) enfatizam os papéis que os avós assumem nos momentos de crise. Estes, com sua experiência, podem proporcionar segurança à mãe ao mesmo tempo em que oferecem o apoio necessário para minimizar o sofrimento, cuidando de suas filhas.

No estudo de Barros e Trindade (2007) sobre maternidade e prematuridade, os relatos mostraram que a saudade dos filhos e a ruptura das tarefas cotidianas foram agravadas com a ausência de outros familiares nos momentos de dor e incerteza, decorrentes do nascimento prematuro e da hospitalização na UTI Neonatal. Diferente desses dados, o percurso do grupo de mães de nosso estudo

apresentou uma trajetória distinta. Primeiro, porque os bebês se encontravam em uma Unidade de Cuidados Intensivos, o que permitiu a maior presença dos pais. Segundo, consideramos que, no hospital pesquisado, a adoção do Método Canguru e de demais estratégias de atenção humanizada em saúde - que contemplam a integralidade do cuidado ao RN e sua família - viabilizou a presença de pessoas significativas junto à mãe durante o período de internamento do bebê, constituindo, assim, uma importante rede de apoio social, que se apresentou de forma constante e solidária, fato bem destacado pela amostra.

Essa rede de apoio social, que também incluiu o apoio dos profissionais de saúde, foi um fator importante destacado nos relatos, favorecendo o enfrentamento materno. Quanto a esse aspecto, a amostra participou ativamente dos grupos de Encontros de Mães Acompanhantes - EMA, importante ao proporcionar “alívio” diante das dúvidas e incertezas, que envolvem os cuidados e a amamentação, em uma situação diferenciada de outras mães, como ocorre na prematuridade. O apoio da equipe multidisciplinar, que integrava os principais setores responsáveis pelo tratamento e evolução do bebê e acompanhamento da sua família (Unidade Neonatal, Alojamento Canguru e Banco de Leite Humano), revelou que o suporte profissional oferecido nessa unidade hospitalar foi adequado. Ainda, as percepções maternas em relação ao processo de amamentação nesses locais falaram a favor das ações voltadas para o apoio dessa prática salutar em um momento tão especial (Brasil, 2002; Scortegagna et al., 2005; Vannuchi et al., 2004).

As ações, que visam favorecer a amamentação, são imprescindíveis, pois mães de bebês prematuros podem apresentar barreiras emocionais e psicológicas para iniciar e manter a lactação (Garel et al., 2006; Hill et al., 2006; Rego, 2009). Por sua vez, os bebês apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, além de

controle inadequado da sucção, respiração e deglutição. Muitas mães se sentem pouco confortáveis em lidar com esses bebês tão pequenos e delicados e podem concluir erroneamente que são incapazes de amamentá-los, nesse momento (Gorgulho & Pacheco, 2008). Portanto, é um grupo, que precisa receber suporte psicossocial adequado para o enfrentamento da tarefa de cuidar do seu bebê, neutralizando a adversidade do baixo senso de competência materna (Martins et al., 2005).

A amamentação é um processo, que oferta alimento nutricional completo para o bebê e constitui-se num fenômeno complexo, no qual estão envolvidos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, estando intimamente associado à cultura. Entretanto, poucos trabalhos na literatura contemplam as dificuldades maternas para aleitar um prematuro (Braga et al., 2008; Gorgulho & Pacheco, 2008; Serra & Scochi, 2004; Vasconcelos et al., 2006). No geral, centram-se nos aspectos nutritivos e nas vantagens do leite humano para o bebê pré-termo, bem como analisam a prevalência e duração do aleitamento, além da redução do tempo de hospitalização e do choro (Javorski et al., 2004).

À luz dos referenciais teóricos da fisiologia da lactação (Lana, 2001; Rego, 2009), praticamente todas as mulheres têm possibilidades fisiológicas de amamentar; porém, esse potencial inato não assegura a ocorrência da amamentação. É necessário ressaltar o desempenho do profissional de saúde como elemento básico para o sucesso da amamentação, por meio de equipes capacitadas e sensibilizadas em atender a díade mãe-bebê (Scocci, et al., 2003; Scortegagna et al., 2005).

Conforme atestam os dados levantados neste estudo, o serviço superou as expectativas quando os bebês, que ficaram menos de 20 dias na UN, iniciaram a



amamentação no Alojamento Canguru antes do vigésimo dia de vida, demonstrando a importância do Método de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Brasil, 2002), que funciona como fator de proteção para a amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar (Colameo & Rea, 2003). Evidencia-se, portanto, a necessidade da capacitação do profissional de saúde para atuar na assistência em amamentação numa abordagem que ultrapasse as fronteiras do biológico, compreendendo a nutriz em todas as suas dimensões como mulher (Araújo & Almeida, 2007).

Algumas mães de nossa amostra estavam cientes da importância do toque e da proximidade indicando que, mesmo em condições extremas, a amamentação proporciona uma oportunidade de contato pele a pele, que restabelece o vínculo e a comunicação com o bebê (Delgado & Halpern, 2004). A amamentação exclusiva bem-sucedida, por um lado, pode favorecer o fortalecimento do vínculo entre a díade (Klein & Linhares, 2006) e, por outro, a influência das práticas favoráveis ao processo de amamentação na superação das dificuldades iniciais da condição de prematuridade. Os pais dos prematuros de baixo peso são considerados população de risco por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos, necessitando de apoio durante a internação e após a alta hospitalar (Martins et al., 2005). No serviço analisado, o acompanhamento do bebê após a alta é uma prática realizada, sendo importante não somente para manutenção do vínculo com a mãe, mas sobretudo, por fortalecer a interação com a família (Alfaya & Schermann, 2005; Rego, 2009; Scochi et al., 2003). Em outras palavras, as estratégias implementadas pelos profissionais para o incentivo e o apoio à amamentação fizeram a diferença no grupo de mães investigado.

Contudo, as ações desenvolvidas não abarcaram a primeira visita da mãe ao bebê na Unidade Neonatal. Todas as mães destacaram a ausência de um apoio sistematizado da instituição durante esse momento. Considerando a importância das experiências iniciais entre a díade no estabelecimento do apego (Alfaya & Schermann, 2005; Klein & Linhares, 2006; Scortegagna et al., 2005) e a grande profusão de sentimentos, frequentemente negativos, nesse período, em função do parto prematuro (Rego, 2009, Scochi et al., 2003), seria ideal a presença da equipe desde o início do processo, bem como a adoção de procedimentos na Unidade Neonatal, que incluam os demais membros da família, em um momento onde a mãe se percebe sozinha.

Outros achados deste trabalho apontaram para a importância de fatores controláveis pela equipe de saúde na prevenção do desmame precoce em prematuros, como ordenha e metodologia Canguru (Silva & Segre, 2010). Quanto mais precoce foi o nascimento (menos de 32 semanas de gestação), mais tardia (após 20 dias de nascimento) foi a translactação e a amamentação no Alojamento Canguru. Houve, assim, um atraso para a díade mãe-criança chegar ao aleitamento materno exclusivo, confirmando, como em outros estudos com essa população (Braga et al., 2008; Jarvoskiet al., 2004) que, na prematuridade, em relação à nutrição, há vários períodos de transição, onde cada fase e sua duração são determinadas pela avaliação da capacidade do neonato em coordenar os órgãos responsáveis pela amamentação (Gorgulho & Pacheco, 2005). É importante salientar que, em todas essas fases, a mãe permaneceu ordenhando seu leite, para estimular a lactação ou para administrá-lo pela sonda/copinho, o que causa grande desgaste, pois as ordenhas podem ocorrer em intervalos de 2 horas, dependendo da necessidade do bebê (Gorgulho & Pacheco, 2005).

Em diversos estudos realizados sobre o significado da maternidade, os autores atestam que, nesse período inicial de grande estresse, devemos perceber que estamos na direção certa quando voltamos nosso olhar para a compreensão das dificuldades a partir da percepção da própria mãe. Ela é a que melhor pode indicar que tipo de ajuda necessita (Gorgulho & Pacheco, 2008; Jarvoski et al., 2004 ; Serra & Scochi, 2004; Vasconcelos et al., 2006).

Já está bem estabelecido que as mães, cujas crianças são prematuras e de muito baixo peso, ficam fragilizadas, uma vez que o nascimento do bebê, por si só, constitui-se em uma experiência emocional estressante, dificultando a maternagem e o estabelecimento da interação com o filho (Alfaya & Schermann, 2005; Rego, 2009; Scochi et al., 2003). A insegurança gerada nessa etapa pode perdurar, interferindo no cuidado da criança no curso de sua vida (Martins et al., 2005).

Possivelmente, as mães da amostra que passaram longo tempo (acima de 30 dias) acompanhando os filhos na Unidade Neonatal e, posteriormente, no Alojamento Canguru, necessitaram recorrer a mais esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as demandas, tanto internas quanto externas, que a nova condição (mãe de prematuro) requeria (Lazarus & Folkman, 1984).

A metodologia utilizada (entrevista semiestruturada complementar à EMEP) permitiu que a análise abarcasse as concepções sobre ser mãe de um bebê prematuro e sobre como amamentá-lo.

Os resultados apontam que, inicialmente, todos os significados imputados a esse novo papel e ao processo de amamentação, oscilam entre dois polos: um primeiro momento marcado primordialmente por sentimentos de medo e insegurança, e um segundo momento no qual as mães, mais confiantes e adaptadas à condição de mãe (de um RN pré-termo) renovam as esperanças, desenvolvem

estratégias, verbalizam sentimentos de fé, alegria e vitória, demonstrando como enfrentaram esse período, mais breve para algumas (4-30 dias), todavia, bem longo para outras mães (31-62 dias).

Para Glasera et al., (2007), na medida em que há a compreensão sobre a forma como os pais lidam com o evento estressante, o apoio promovido pela equipe será mais adequado (Scochi et al., 2003). O papel do profissional é de suma importância, devendo incentivar a formação do vínculo entre mãe e bebê o mais precoce possível, pois, quanto mais essa mãe se sentir responsável e ligada ao filho, melhor conseguirá lidar com todos os sacrifícios, que uma internação prolongada exige (Araújo & Almeida, 2007; Gorgulho & Pacheco, 2008).

A promoção do vínculo mãe-bebê é fundamental e a presença da mãe envolve uma ação terapêutica e psicoprofilática (Klaus & Kennel, 1993). O tempo e a qualidade da aproximação dos genitores com seus bebês pré-termo devem ser avaliados, uma vez que o futuro de um recém-nascido com dificuldades de sobrevivência também depende das condições de seu acolhimento pela família (Scortegagna et al., 2005). Desse modo, o momento da amamentação se torna uma força motriz significativa para fortalecer a díade, na medida em que a mãe percebe que participa ativamente da evolução e melhora do bebê. Por ocasião da transferência do filho para o Alojamento Canguru, os relatos foram carregados de grande emoção:

*“(...) Fiquei tão feliz, era tudo o que eu queria saber que ela ia sair dali, e ficar comigo!”*

*“(...) a maravilha de ser mãe e poder amamentar, saber que ela ia ficar pertinho de mim me deixou muito feliz!”*

## 4 CONCLUSÕES

Ao abordar as relações entre a amamentação de prematuros e as estratégias de enfrentamento utilizadas por um grupo de mães durante o período de internamento do bebê na Unidade Neonatal e no Alojamento Canguru de um hospital da rede pública de saúde, esta pesquisa poderá contribuir para as áreas da Neonatologia e da Psicologia Pediátrica, permitindo discutir possibilidades de atuação da equipe interdisciplinar, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos, junto aos cuidadores primários de recém-nascidos em condição de risco para problemas no desenvolvimento.

A relevância social das temáticas abordadas se inscreve no campo da saúde materno-infantil, considerando que a amamentação exclusiva é uma das estratégias do Ministério da Saúde, apresentadas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004), para diminuir a mortalidade precoce e melhorar a qualidade de vida de mulheres e crianças no país, constituindo-se em uma das políticas de maior prioridade dos serviços de saúde pública.

Algumas limitações em relação ao estudo do enfrentamento foram apontadas em virtude do número reduzido de mães no período da coleta de dados, devido a problemas relacionados à mudança de gestão hospitalar. Nesse sentido, é válido reforçar a importância da complementação de metodologias - quantitativas e qualitativas - permitindo a melhor compreensão de fenômenos psicológicos, favorecendo a prática profissional e a produção de conhecimento na área da saúde.

Com base nos resultados deste estudo podemos afirmar, conforme Silva e Segre (2010), que o suporte profissional aos cuidadores primários deve ser um aspecto tão valorizado pelos gestores que determinam as práticas de saúde nas

Unidades de Terapia Intensiva e demais unidades de apoio quanto as altas tecnologias empregadas para salvar a vida de recém-nascidos de baixo peso.

Fazem-se necessários estudos adicionais de seguimento com mães de prematuros que se encontram em aleitamento materno exclusivo no sentido de verificar se essa prática salutar prolonga-se por ocasião da alta, a fim de que os recém-nascidos, além de alimentados com esse leite, que os nutre e os protege, possam, sobretudo, desfrutar do aconchego de um seio e de um forte vínculo materno cujos benefícios repercutirão a médio e longo prazo, interferindo de forma decisiva no seu crescimento e desenvolvimento.

## 5 REFERÊNCIAS

- Alencar, A. J. C. (2009). Como o bebê vê. *Revista de Pediatria*, 10(1), 53-57.
- Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 279-285.
- Almeida, J. A. G. (1999). Amamentação: Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychological Association (2001). *Manual de Publicação da American Psychological Association* (4ª ed., D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: A meta-analysis. *American Journal Clinical Nutrition*, 70(4), 525-535.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Araújo, R. M. A., & Almeida, J. A. G. (2007). Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, 20(4), 431-438.
- Arruda, P. M., & Zannon, C. M. L. C. (2002). *Tecnologia comportamental em saúde – Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: Evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP. Recuperado em 24 abril 2009 de <http://www.abep.org>.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).

- Barros, S. M. M., & Trindade, Z. A. (2007). Maternidade “prematura”: Uma investigação psicossociológica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(2), 253-269.
- Barros, S. M. M., Menandro, P. R. M., & Trindade, Z. A. (2006). Vivências paternas em UTI neonatal. *Psicologia Hospitalar*, 4(2), 1-18. Recuperado em 11 Outubro, 2010 em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n2a03.pdf>
- Bier, J. A. B., Oliver, T., Ferguson, A. E., & Vohr, B. R. (2002). Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. *Journal of Human Lactation*, 18(4), 361-367.
- Biggar, H., Forehand, R., Devine, D., Brody, G., Armistead, L., Morse, E. & Simon, P. (1999). Women who are HIV infected: The role of religious activity in psychosocial adjustment. *Aids Care*, 11(2), 195-199.
- Bosi, M. L. M., & Machado, M. T. (2005). Amamentação: Um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará*, 1(1), 1-9.
- Braga, D. F., Machado, M. M. T., & Bosi, M. L. M. (2008). Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: Percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, 21(3), 293-302.
- Brasil. Ministério da Saúde (1996). *Resolução 196/96: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 22 Julho 2009 de <http://conselho.saude.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe-Canguru: Manual do curso*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. (2003). *Manejo e promoção do aleitamento materno: Curso de 18 horas para equipes de maternidades*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004). *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2008). *Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos*. Brasília, DF: Autor.



- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brown, C. A., Poag, S. & Kasprzycki, C. (2001). Exploring large employers' and small employers' knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding support in the workplace. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 39-46.
- Brum, E. H. M., e Schermann, L. (2005). Intervenções frente ao nascimento prematuro: Uma revisão teórica. *Scientia Medica*, 15(1), 60-67. Recuperado em 06 Junho 2008 em <http://www/Psychlit> em 06/06/2008.
- Bueno, L. G. S., & Teruya, K. M. (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80(5 supl.), 127- 130.
- Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, SP.
- Carrascoza, K. C. (2004). *Fatores determinantes do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Odontologia, UNICAMP, Piracicaba, SP.
- Carrascoza, K. C., Costa Jr., Á. L., Ambrozano, G. M. B., & Moraes, A. B. A. (2005). Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. *Paidéia*, 15(30): 93-104.
- Carvalho, M. R., & Tamez, R. N. (2005). *Amamentação. Bases científicas* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Colameo, A. J. & Réa, M. F. (2006). O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 597-607.
- Delgado, E. D. & Halpern, R. (2004). Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternas. *Arquivos Médicos Canoas*, 7(2), 5-28.

- Deodato, V. (2005). *Amamentação - O melhor início para a vida*. São Paulo: Santos.
- Dewey, K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *Journal of Nutrition*, 131(11), 3012-3015.
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e a seus pais em terapia intensiva neonatal in D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp.35- 54). Salvador: Ágalma.
- Digirolamo, A. M., Grummer-Strawn L., & Fein, S. (2001). Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *Birth*, 28(2), 94-100.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Feldman, R., & Eidelman, A. (2003). Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. *Wiley Periodicals*, 43(2), 111-119.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2008). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), 107-114.
- Furlan, C. E. F. B., Scochi, C. G. S., & Furtado, M. C. C. (2003). Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11(4), 444-452.
- Garel, M., Dardennes, M., & Blondel, B. (2006). Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the epipage qualitative study. *Journal Compilation*, 33(2), 137-143.
- Gianini, N. O. M. (2009). Leite Materno e Prematuridade. In J. D. Rego (Ed.). *Aleitamento Materno*. São Paulo, SP: Atheneu.

- Gimenes, M. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer* (pp.111-147). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Gimenes, M. G. G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. & M. H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Giugliani, E. R. J. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76(3 supl.), 238-252.
- Giugliani, E. R. J. (2002). Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: Tecnologia para exportar. *Jornal de Pediatria*, 78(3),183-184.
- Giugliani, E. R. J., & Lamounier, J. A. (2004). Aleitamento materno: Uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, 80(5 supl.),117-118.
- Giugliani, E. R. J. (2004). Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, 80(5 supl.), 147-154.
- Glaser, A., Bucher, H. U., Moergelia, H., Fauchère, J., & Buechler, S. (2007). Loss of a preterm infant: Psychological aspects in parents. *Swiss Med Wkly*, 137, 392 - 401.
- Gorgulho, F. R., & Pacheco, S. T. (2008). Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: A vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), 19-24.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., Demirtas, H., Zinaman, M., & Chatterton, R. T. (2006). Mood states and milk output in lactating mothers of preterm and term infants. *Journal of Human Lactation*, 22(3), 305-314.
- Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C., & Victora, C. G. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic review and meta-analyses. *WHO Library Cataloguing-in-Publication*. Washington. DC: World Health.
- Hostert, P. C. C. P. (2010). *Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de

ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

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.

Javorski, M., Caetano, L. C., Vasconcelos, M. G. L., Leite, A. M., & Scochi, C.G.S. (2004). As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em Unidade de Cuidado Canguru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 890-898.

Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1993). *Pais/bebê a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 277-284.

Lana, A. P. B. (2001). *O Livro de estímulo à amamentação: Uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação*. São Paulo, SP: Atheneu.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1982). Stress and coping as factors in health and illness. In J. Cohen (Org.). *Psychosocial aspects of cancer*. New York: Raven Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lima, G., Quintero-Romero, S., & Cattaneo A. (2000). Feasibility, acceptability and cost of Kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Annals of Tropical Paediatrics*, 20(1), 22-26.

Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Padovani, F. H. P., Bordin, M. B. M., Martins, I. M. B. & Martinez, F. E. (2004). A compreensão do fator de Risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In E. M. Marturano, M. B. M. Linhares & S. R. Loureiro (Orgs.), *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp.11-38). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Lucas, A., & Cole, T. J. (1990). Breastmilk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet*, *90*(2), 336-339.
- Mahgoub, S. E. O., Bandeke, T., & Nnyepi, M. (2002). Breastfeeding in Botswana: Practices, attitudes, patterns, and the socio-cultural factors affecting them. *Journal of Tropical Pediatrics*, *48*(4), 195-199.
- Martins Filho, J. (1987). *Como e porque amamentar*. São Paulo, SP: Sarvier.
- Martins, I. M. B., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2005). Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicologia em Estudo*, *10*(2), 235-242.
- Matuhara, A. M., & Naganuma, M. (2006). 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. Recuperado em 10 Janeiro 2009 em <http://www.Bireme/CGI-inwxislind.exe/iah/online>
- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington: American Psychological Association.
- Mensorio, M. S., Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2009). Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. *Psicologia em Revista*, *15*(1), 158-176.
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *PsicoUSF*, *13*(2), 221-231.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, *9*(1), 19-28.
- Nakano, A. M. S. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si." *Caderno de Saúde Pública*, *19*(Sup.2), S355-S363.

- Nascimento, M. B. R., & Issler, H. (2004). Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria*, 80(5 Supl.), 163-172.
- Oliveira e Silva, M. B., & Brito, R.C. (2008). Percepções e Comportamentos de Cuidado Neonatal de Mulheres Participantes de um Programa Mãe-Canguru. *Interação em Psicologia*, 12(2), 255-266.
- Osis, M. J. D., Duarte, G. A., Pádua, K. S., Hardy, E., Sandoval, L. M., & Bento, S. F. (2004). Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 172-179.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: The Guilford.
- Passanha, A., Cervato-Mancuso, A. M., & Silva, M. E. M. P. (2010). Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(2), 351-360.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Ramos, C. V., & Almeida, J. A. G. (2003). Aleitamento materno: Como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na Atenção Materno-infantil em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3(3), 315-321.
- Rao, M. R., Hediger, M. L., Levine, R. J., Naficy, A. B., & Vik, T. (2002). Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatrica*, 91(3), 267-74.
- Rego, J. D. (2009). Amamentando um prematuro. In J. D. Rego (Ed.2a). *Aleitamento Materno* (pp. 285-293). São Paulo, SP: Atheneu.

- Santos, F. A., & Fernandes, S. C. F (2009). Enfrentamento, locus de controle e preconceito: um estudo com pessoas de orientação sexual homoafetiva. *Psicologia em Revista*, 3(15), 101-119.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riu, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de Enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543.
- Scortegagna, S. A., Miranda, C. A., Morch, D. S., Carvalho, R. A., Biasi, J., & Cherubini, F. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Revista de Psicologia da Vetor*, 6(2), 61-70.
- Scott, J. A., Diet, G. D., Landers, M. C. G., Hughes, R. M., & Binns, C. W. (2001). Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 24-30.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sócio-demográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Seidl, E. M. F., Rossi, W. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F., & Meireles, E. (2005). Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/AIDS e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Serra, S. O. A., & Scochi, C. G. S. (2004). Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 597-605. Recuperado em 26 Junho 2008 em <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>.
- Silva, R. V. (2008). A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos. Dissertação de Mestrado não publicada. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo, SP. Recuperado em 24 Agosto 2008 em <http://www.eerp.usp.br/rlaenf7/7132/tde-16052008-112149/-16k>.

- Silva, S. M. S., & Segre, C. A. M. (2010). Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(2), 291-301.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altaman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Souza, L. M. B. M., & Almeida, J. A. G. (2005). *História da alimentação do lactente no Brasil- Do leite fraco à biologia da excepcionalidade*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- United Nations Children's Fund/ World Health Organization UNICEF/WHO. (2009). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: Módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso 20 horas para equipes de maternidade*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Vannuchi, M. T. O., Monteiro, C. A., Rea, M. F., Andrade, S. M., & Matsuo, T. (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 422-428.
- Vasconcelos, M. G. L. (2004). *Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um Hospital Amigo da Criança na cidade do Recife-PE*. Tese de Doutorado não publicada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP. Recuperado em 11 Janeiro 2009 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29092004-160611/>.
- Vasconcelos, M. G. L., Scochi, C. G. S., & Leite, A. M. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(1), 47-57. Recuperado 11 Janeiro 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6nl/a06v6nl.pdf>.
- Veloso, L. F. G., & Almeida, J. A. G. (2009). O aleitamento materno nos programas brasileiros de pós-graduação em Pediatria: perfil das dissertações e teses elaboradas de 1971 a 2006. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(2), 154-159.
- Venâncio S. I., & Almeida, H. (2004). Método Canguru e seu impacto na amamentação. *Jornal de Pediatria*, 80(5 Supl), 173- 180.



Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J.(1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26.

Wamback, K. A. (2003). Lactation mastitis: A descriptive study of the experience. *Journal of Human Lactation*, 19(1), 24-34.

Zelkowitz, P., & Papagerorgiou, A. (2005). Maternal anxiety: An emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatrica*, 94(12), 1704-1705.

**ANEXOS**

**ANEXO- A**

**Modelo do prontuário de Internação na Unidade Neonatal (Frente)**

DOM MALAN		RN de: _____		REG: _____	
M Ã E	Idade	Estado civil	Escolaridade (anos de estudo Concluído)	Ocupação habitual e Ramo de atividade	Número de filhos tidos em Gestações anteriores
		<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> União consensual	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 7 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado		Nascidos Vivos <input type="text"/> <input type="text"/> Nascidos Mortos <input type="text"/> <input type="text"/> Abort. <input type="text"/> <input type="text"/>
Logradouro		Número		Complemento	
Bairro		Município		UF	
P A I	Nome: _____				Idade: _____
	Escolaridade: _____		Nacionalidade: _____		
Gestação		Pré-natal		Nº consultas: _____	
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Local: _____	
DUM: ____/____/____		Vacina anti-tetânica		Nº doses: _____ Última dose: ____/____/____	
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Problemas na gestação (identificar toda ocorrência com: período, se tratamento, época do tratamento, etc.)					
Ameaça de abortamento		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Ameaça TP prematuro		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Consumo de álcool		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Tabagismo		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Uso medicamentos		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Diabetes		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Hipertensão		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
DHEG		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Vulvovaginite		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
ITU		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Doenças Infectocontag. (DIC)		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Contato c/ DIC		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Internamento		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		_____	
Outros: _____					
Antecedentes					
Diabetes na família		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Hemotransusão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Gestação anterior		<input type="checkbox"/> FV Peso= _____ <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> 1ª gestação <input type="checkbox"/> Não sabe		Consangüinidade <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Outros antecedentes: _____	
Exames					
VDRL: _____		Data: ____/____/____		C.S.: _____ Coombs: _____	
Urocultura: _____		Data: ____/____/____		Outros: _____	
Internamento materno - Data: ____/____/____ Hora: _____					
Tempo de bolsa rota _____				Febre Materna: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Motivo: _____	
Medicamentos usados (tipo, nº doses, hora)					
_____					
_____					

**ANEXO- A**

**Modelo do prontuário de internação na Unidade Neonatal (verso)**

**HISTÓRIA DO PARTO DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

**Tipo de parto**  
 Vaginal  
 Cesáreo  
 Fórceps

**Indicação:** \_\_\_\_\_

**Manobras utilizadas:** \_\_\_\_\_

**Apresentação**  
 Cefálica  
 Pélvica

**Cordão umbilical**  
 Circular cervical  
 Nó verdadeiro

**Líquido amniótico**  
 Claro  
 Meconizado fluido  
 Meconizado espesso  
 Fétido  
 Reduzido

**Placenta**  
 Aspecto: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_

**Duração do trabalho de parto:** \_\_\_\_\_

Corioamnionite  Sim  Não  Duvidosa

**CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO**

**Sexo:**  Masculino  
 Feminino  
 Ignorado

**Raça:**  Branca  Preta  
 Amarela  Parda  
 Indígena

**Apgar:** 1' \_\_\_\_\_  
 5' \_\_\_\_\_  
 10' \_\_\_\_\_

**Peso ao nascer:** \_\_\_\_\_ **Idade gestacional:** \_\_\_\_\_

**Condições de nascimento:** \_\_\_\_\_

**Medidas utilizadas na assistência imediata ao neonato:**

<input type="checkbox"/> Aspiração após desprendimento polo cefálico	<input type="checkbox"/> Secagem, aquecimento, aspiração Boca e narinas	<input type="checkbox"/> Estimulação tátil
<input type="checkbox"/> O2 inalatório	<input type="checkbox"/> VPP com ambu e Máscara	<input type="checkbox"/> Laringoscopia
<input type="checkbox"/> Intubação traqueal	<input type="checkbox"/> Aspiração traqueal	<input type="checkbox"/> VPP Por Cânula Traqueal
<input type="checkbox"/> Cateterismo Umbilical	<input type="checkbox"/> Medicação _____	<input type="checkbox"/> Colhido sangue para classificação sanguínea
<input type="checkbox"/> Massagem Cardíaca		

**Exame Físico Sumário**

Aspecto geral \_\_\_\_\_

AR alterações Não  Sim  \_\_\_\_\_

ACV alterações Não  Sim  \_\_\_\_\_

Abdome alterações Não  Sim  \_\_\_\_\_

Malformações Não  Sim  \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

---

**Hipóteses Diagnósticas:** \_\_\_\_\_ **Conduta (incluir destino)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome legível \_\_\_\_\_ Supervisão \_\_\_\_\_

(  Acadêmico  Ddo  R1  R2  R3  (Estagiário) ( Nome legível e CRM)

## ANEXO- B

## Modelo do resumo de alta da Unidade Neonatal e do Alojamento Canguru

RN de: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ DNV: \_\_\_\_\_

IDADE MATERNA			TBR	
	SIM	NÃO	DATA DO NASCIMENTO	/ /
PRÉ-NATAL			TIPO DE PARTO	( ) TRANSPELVIANO ( ) CESÁRIO
ITU			SEXO	( ) M ( ) F
DIABETES			APGAR	1' \ 5' \ 10'
PRÉ-ECLÂMPسيا			PESO	
GEMELARIDADE			IDADE GESTACIONAL	
CORIOAMNIONITE			ESTATURA	PC PT

Atenção no preenchimento dos campos abaixo: Principais diagnósticos confirmados

( ) Cardiopatia congênita	( ) Hipóxia	( ) SDR
( ) Conjuntivite bacteriana	( ) Icterícia fisiológica	( ) Sepse bacteriana precoce
( ) Candidíase oral	( ) Icterícia p/ IMF RII	( ) Sepse bacteriana tardia
( ) Candidíase cutânea	( ) Impetigo	( ) Sífilis congênita
( ) Doença pulmonar crônica	( ) Malformação congênita	( ) Taquipnéssia transitória
( ) Enterocolite necrosante	( ) Meningoencefalite	( ) Tecotraumatismo
( ) Hemorragia intracraniana	( ) Persistência canal arterial	( )
( ) HPP	( ) Pneumonia	( )

I - PROCEDIMENTOS	Início	Término	II - ANTIBIÓTICOS	Início / Término
( ) Cateterismo Umbilical	/ /	/ /	01-	/ / / /
( ) CVC	/ /	/ /	02-	/ / / /
( ) Ventilação Mecânica	/ /	/ /	03-	/ / / /
( ) NPT	/ /	/ /	04-	/ / / /
( ) Sonda Vesical	/ /	/ /	05-	/ / / /
( ) Fototerapia	/ /	/ /	06-	/ / / /
( ) CPAP	( ) Indometacina		07-	/ / / /
( ) Halo	( ) Bloqueador H		08-	/ / / /
( ) Surfactante	( ) Exsanguineotransfusão		09-	/ / / /
( ) Óxido Nítrico	( ) Hemo transfusão		10-	/ / / /
( ) Cirurgia:	Data: / /		11-	/ / / /

## III - EXAMES

Classificação sanguínea: GENITORA: \_\_\_\_\_ RN: \_\_\_\_\_ CD: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

VDRL materno Reativo ( ) Não Reativo ( ) RN: \_\_\_\_\_

V - AVALIAÇÃO NA ALTA IG Corrigida: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_

VI - DESTINO: ( ) Alta ( ) Ótimo ( ) Transferência \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

VI - RETORNAR PARA CONSULTA: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Local: \_\_\_\_\_



## ANEXO- D

### Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

(Seidl, Tróccoli e Zanon, 2001)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Pense em uma situação ou problema atual, que esteja produzindo mais estresse para você. Escreva aqui esta situação ou problema: \_\_\_\_\_

Para responder ao questionário, tenha em mente as coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar essa situação ou problema, no momento atual.

Veja um exemplo: Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso			Eu faço isso	
um pouco		Eu faço isso		
às vezes		Eu faço isso muito		Eu faço isso
sempre				

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Sexo: ( ) Feminino      ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso			Eu faço isso	
um pouco		Eu faço isso		
às vezes		Eu faço isso muito		Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Eu me culpo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.

1      2      3      4      5

4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo

1      2      3      4      5

5. Procuro um culpado para a situação.

1      2      3      4      5

6. Espero que um milagre aconteça.

1      2      3      4      5

7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.

1      2      3      4      5

8. Eu rezo/ oro

1      2      3      4      5

9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.

1      2      3      4      5

10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.

1      2      3      4      5

11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo

1      2      3      4      5

12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.

1      2      3      4      5

13. Desconto em outras pessoas.

1      2      3      4      5

14. Encontro diferentes soluções para o meu problema

1      2      3      4      5

15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.

1      2      3      4      5

16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.

1      2      3      4      5

17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida

1      2      3      4      5

## ANEXO- E

### Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008)

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Posse de itens	Não tem	1	2	3	4 ou+	
Televisores em cores	0	1	2	3	4	
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2	
Rádios	0	1	2	3	4	
Banheiros	0	4	5	6	7	
Automóveis	0	4	7	9	9	
Empregadas mensalistas		0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2	
Geladeira	0	4	4	4	4	
Freezer*	0	2	2	2	2	

p\*Aparelho independente ou arte da geladeira duplex

Total: \_\_\_\_\_

Grau de instrução do chefe da família

Nomenclatura antiga    Pontos    Nomenclatura atual

Analfabeto/Primário incompleto 0      Analfabeto/ até a 3ª Série Fundamental

Primário completo      1      4ª Série Fundamental

Ginásial completo      2      Fundamental completo

Colegial completo      4      Médio completo

Superior completo      8      Superior completo



Total: \_\_\_\_\_

Pontos de corte das classes

Total Brasil

Classe A1      42 a 46 pontos    0,9%

Classe A2      35 a 41 pontos    4,1%

Classe B1      29 a 34 pontos    8,9%

Classe B2      23 a 28 pontos    15,7%

Classe C1      18 a 22 pontos    20,7%

Classe C2      14 a 17 pontos    21,8%

Classe D        8 a 13 pontos     25,4%

Classe E        0 a 7 pontos      2,6%

Total: \_\_\_\_\_ Classe socioeconômica: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE

### APÊNDICE- A

#### Protocolo de entrevista com mães

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Aplicador \_\_\_\_\_

Entrevista compostas por três partes (dados demográficos, de suporte social e caracterização de suporte à amamentação) contendo questões objetivas e subjetivas.

#### Parte I- Dados Demográficos

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

1. Idade materna: \_\_\_\_\_

2. Escolaridade: \_\_\_\_\_

3. Profissão: \_\_\_\_\_

4. Religião: \_\_\_\_\_

5. Número de filhos: \_\_\_\_\_

6. Estado Civil:

Solteira

União consensual

Casada

Separada

Viúva

7. Quantas pessoas compõem a sua família?

8. Onde você reside?

Na sua casa com o seu companheiro/esposo

Na sua casa sozinha

Na casa dos seus pais

Na casa dos pais do seu esposo/ companheiro

Outros

9. Qual a renda de sua família?

> de 1 salário mínimo

1 salário mínimo

< 1 salário mínimo

10. Tem renda individual? Sim Não

< de 1 salário mínimo

1 salário mínimo > de 1 salário mínimo

**Parte II- Dados de Suporte Social**

11. Você participou de um grupo de apoio à mãe de bebês prematuros durante a internação hospitalar na unidade neonatal e/ou no alojamento canguru?

---

12. Você recebeu visitas do pai do bebê durante o período de internamento de seu filho?

---

13. Você recebeu visitas da avó ou do avô do bebê durante o período de internamento de seu filho?

---

14. Você recebeu visitas dos outros filhos durante o período de internamento de seu filho?

---

15. Você ficou com acompanhante?

---

16. Algum membro da equipe lhe deu a notícia que seu filho era prematuro?

---

17. Você desejaria que, nesse momento, alguém estivesse junto com você?

---

18. Você participou de alguma atividade recreativa durante a internação de seu filho na Unidade neonatal ou no alojamento Canguru?

---

**Parte III- Dados de caracterização de suporte à amamentação- Mãe**

19. Quando realizou a primeira visita ao seu filho na Unidade Neonatal?

---

20. Você foi acompanhada por algum profissional de saúde? Quem?

---

21. Durante a internação hospitalar, quantas vezes costumavam entrar na unidade neonatal para ver o seu bebê?

---

22. Você ordenhava a sua mama durante o período da internação hospitalar do seu bebê na Unidade Neonatal?

Sim      Não

Em que local?

---

Quantas vezes ao dia?

---

23. Você foi ao banco de leite - BIAMA?

Sim                  Não

24. Você recebeu orientação sobre como amamentar seu bebê prematuro?

Sim                  Não

Se sim: Onde? \_\_\_\_\_

De quem?

---

25. A equipe de saúde conversou com a senhora sobre sua vinda para o Alojamento Canguru?

---

26. O que representou, naquele momento, saber que vinha para este alojamento?

---

27. Quando seu filho foi transferido para o Alojamento Canguru como estava a sua produção de leite?

---

28. A alimentação de seu filho era oferecida de que forma?

---

29. Como estava a sua produção de leite ao receber alta do alojamento Canguru?

---

30. Durante o período acompanhando seu filho na Unidade Neonatal e Alojamento Canguru que sentimentos positivos você vivenciou?

---

31. Durante o período acompanhando seu filho na Unidade Neonatal e Alojamento Canguru, que sentimentos negativos você vivenciou?

---

32. Como foi a convivência com as outras mães em relação a sua adaptação na Unidade Neonatal e Alojamento Canguru durante a permanência de seu filho prematuro no hospital?

---

## APÊNDICE- B

### Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa

#### **Dados sobre a pesquisa científica:**

**I. Título da pesquisa:** Relações entre estratégias de enfrentamento e a amamentação em mães de recém-nascidos prematuros.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kely Maria Pereira de Paula

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sônia Regina Fiorim Enumo

**Pesquisadora:** Flávia Helena Cavalcanti Guimarães (mestranda do PPGP/MINTER-DINTER). Inscrição no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco: 8011.

#### **II. Informações sobre o projeto:**

Estamos realizando um estudo no Hospital Dom Malan sobre as relações entre as estratégias de enfrentamento e a amamentação em mães de recém-nascidos prematuros. Para o desenvolvimento desta pesquisa, estão sendo selecionadas mães acompanhantes de recém-nascidos prematuros internados na Unidade Neonatal e após no Alojamento Canguru neste hospital.

Serão realizadas entrevistas com as mães e aplicação da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas as quais permitirão uma análise clínica ou qualitativa das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães, a partir da avaliação das respostas aos itens dos instrumentos. Esta pesquisa fornecerá informações sobre dados relativos ao processo de amamentação por mães de prematuros, além de fornecer indicadores para o planejamento de atividades que implementem a atenção humanizada ao nascimento desse recém-nascido. A Sra. pode aceitar ou não participar do estudo, mas a sua colaboração será muito importante para ajudar na humanização do nascimento do prematuro nesse hospital.

#### **Outros esclarecimentos:**

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao mesmo;
- b) os responsáveis poderão se desligar do projeto, sem prejuízo para a mãe ou bebê nos demais atendimentos, que estejam recebendo junto ao Hospital Dom Malan;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do cliente e de seus responsáveis não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho. Os vídeos e fotos, se exibidos em Reuniões Científicas e aulas para alunos universitários, não poderão permitir a identificação da criança;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (87) 88195605 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia- Minter-Dinter).

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

**Consentimento:**

*Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ abaixo-  
assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos,  
concordo em participar do estudo.*

---

Petrolina, PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Representante legal pelo projeto - Flávia Helena Cavalcanti Guimarães

**APÊNDICE- C****Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa**

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil  
Instituição Civil Filantrópica

**DECLARAÇÃO**

Declaro que o projeto de pesquisa nº 1615 intitulado “**Relações entre estratégias de enfrentamento e a amamentação entre mães de recém-nascidos prematuros**” apresentado pela pesquisadora **Flávia Helena Cavalcanti Guimarães** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião de 30 de novembro de 2009.

Recife, 15 de dezembro de 2009.

**Dr. Jailson de Barros Correia**  
Vice-Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa em Seres Humanos do  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

## APÊNDICE- D

### Variáveis e instrumentos utilizados na pesquisa

Variável	Instrumento	Fonte de informação
<p><i>Variáveis demográficas</i></p> 1) Idade 2) escolaridade 3) profissão 4) religião 5) número de filhos 6) estado civil 7) composição familiar 8) condições de moradia 9) renda familiar 10) renda individual	Protocolo de entrevista com mãe (APÊNDICE A)	Mãe
<p><i>Variáveis de suporte social</i></p> 11) participação em grupo de apoio na unidade neonatal (UN) e/ou Alojamento Canguru (AC) 12) número de visitas do pai 13) visita dos avós 14) visita dos outros filhos 15) acompanhante para a mãe 16) apoio de equipe multidisciplinar 17) participação de atividades recreativas	Protocolo de entrevista com mãe (APÊNDICE A)	Mãe
<p><i>Variáveis de amamentação- Mãe</i></p> 18) primeira visita ao filho na UN 19) número de ordenhas realizadas na UN 20) número de atendimentos realizados no banco de leite 21) número de ordenhas realizadas na UN 22) início de sucção não nutritiva - peito estímulo 23) início da alimentação do bebê por sonda orogástrica 24) início da alimentação do bebê por translactação 25) início da amamentação sob livre demanda 26) amamentação no alojamento canguru	Protocolo de entrevista com mãe (APÊNDICE A)  Ficha do banco de leite (BIAMA) (ANEXO C)  Prontuário de internação do recém-nascido na UN (ANEXO A)	Mãe



<i>Variáveis do bebê:</i>		
27) idade gestacional ao nascimento	Prontuário de internação do recém-nascido na UN (ANEXO A) Relatório de alta da UN e do AC (ANEXO B)	
28) idade gestacional na alta da UN		
29) idade gestacional na alta do AC		
30) idade do bebê na alta da UN		
31) idade do bebê na alta do AC		
32) peso ao nascimento		
33) peso de alta da UN		
34) peso na alta		
35) dias de internamento na UN		
36) dias de internamento no AC		
37) total de dias de internamento		
<i>Variáveis da mãe</i>		Mãe
38) estratégias de enfrentamento durante a internação do bebê em UN e AC	EMEP (ANEXO D)	
39) relatos sobre sentimentos		
40) enfrentamento das dificuldades		
41) adaptação ao hospital e sentimento em relação às atividades.	Protocolo de entrevista com a mãe (APÊNDICE A)	