

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E USO DE CHUPETA NO CONTEXTO DO
NASCIMENTO PRÉ-TERMO: CULTURA, REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E PROCESSOS PROXIMAIS

ELÂINE CRISTINA VARGAS DADALTO

VITÓRIA

2014

ELÂINE CRISTINA VARGAS DADALTO

INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E USO DE CHUPETA NO CONTEXTO DO
NASCIMENTO PRÉ-TERMO: CULTURA, REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E PROCESSOS PROXIMAIS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, sob a orientação da Profa. Dra. Edinete Maria Rosa.

UFES

Vitória, Maio de 2014.

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

- D121i Dadalto, Elâine Cristina Vargas, 1961-
Interação mãe-bebê e uso de chupeta no contexto do
nascimento pré-termo : cultura, representações sociais e
processos proximais / Elâine Cristina Vargas Dadalto. – 2014.
335 f. : il.
- Orientador: Edinete Maria Rosa.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.
1. Prematuros. 2. Chupetas. 3. Amamentação. 4.
Representações sociais. 5. Mãe e lactente. 6. Tratamento
intensivo neonatal. I. Rosa, Edinete Maria. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e
Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E USO DE CHUPETA NO CONTEXTO DO
NASCIMENTO PRÉ-TERMO: CULTURA, REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E PROCESSOS PROXIMAIS

ELÂINE CRISTINA VARGAS DADALTO

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 21 de julho de 2014, por:



Prof^a. Dr^a. Edinete Maria Rosa - Orientadora, Psicologia, UFES



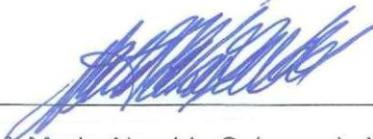
Prof^a. Dr^a. Kely Maria Pereira de Paula, Psicologia, UFES



Prof. Dr. Jonathan Richard Henry Tudge, Psicologia,
University of North Carolina at Greensboro



Prof^a. Dr^a. Denise Ascensão Klatchoian, Odontopediatria, UNIFESP



Prof^a. Dr^a. Marly Almeida Saleme do Valle, Odontopediatria, UFES

Aos meus pais, Avelino (*in memoriam*)
e Ruth pelo amor, apoio e estímulo em
todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo, Fernando pela sua
companhia nos vários períodos de
dedicação na elaboração deste
trabalho.

Aos meus filhos, Letícia, Eduardo
e Vitor pela compreensão e pela
companhia, com todo amor e
carinho.

DEDICO

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Professora Doutora Edinete Maria Rosa, em primeiro lugar por acreditar no meu potencial ao me aceitar como Doutoranda, pela sua postura sempre atenciosa, dedicada, atenta aos detalhes e pela sua orientação competente e segura. O planejamento desta pesquisa não teria sido o mesmo sem o seu olhar. Meus sinceros agradecimentos.

AGRADECIMENTOS

Nos últimos quatro anos de dedicação ao Doutorado em Psicologia, tive a oportunidade de conviver com pessoas muito especiais, que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho se realizasse. A todos transmito os meus sinceros agradecimentos, já pedindo desculpas se porventura me esqueci de alguém:

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) especialmente pelo acolhimento nesses anos, imprescindível para que eu me sentisse inserida no contexto do PPGP.

Aos professores das disciplinas que tive oportunidade de cursar no PPGP, por fazerem parte diretamente dessa etapa da minha vida acadêmica, e pela transmissão de conhecimentos valiosos, que procurei aproveitar a cada fase do curso e, tenham certeza, foram importantes em algum momento da elaboração deste trabalho: Edinete Maria Rosa e Maria das Graças Barbosa Moulin (Processos Psicossociais); Cláudia Broetto Rossetti (Processos de Desenvolvimento); Paulo Rogério Meira Menandro (Metodologia de Pesquisa); Kely Maria Pereira de Paula (Desenvolvimento Humano); Sônia Regina Fiorim Enumo (Pesquisa em Psicologia e Saúde); Valeschka Martins Guerra e Aleksandro Luiz de Andrade (Tópicos Avançados – SPSS); Célia Regina Rangel Nascimento, Maria Cristina Smith Menandro e Zeidi Araújo Trindade (Representações Sociais).

Aos colegas do Doutorado pelo acolhimento, atenção e convívio enriquecedor, em especial às colegas Renata e Paula que me ensinaram a trabalhar com o *software* EVOC.

Aos colegas do NECRIAD – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Intervenção com Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade, pela receptividade e pelos bons momentos passados juntos, enquanto estudávamos a teoria bioecológica.

À Maria Lúcia Fajóli, secretária do PPGP, pela presença sempre atenciosa e pela disponibilidade para resolver os questionamentos com habilidade e competência.

Aos diretores dos hospitais e das unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) em 2010/2011 pela confiança, pelo apoio e pela oportunidade de realizar este trabalho nas unidades sob sua responsabilidade. Agradeço aos médicos Wilson Mário Zanotti (diretor do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - HUCAM), Marco Antonio Rosetti de Oliveira (diretor da UTIN do HUCAM), Fabiano Varanda Rodrigues e Edvaldo Dadalto (Centro Hospitalar Gran-Mater), Cíntia Ginaid de Souza (UTIN Neocare – Gran-Mater).

Um agradecimento especial à Cíntia Ginaid de Souza, médica neonatologista, pelas valiosas informações prestadas durante a elaboração do projeto de pesquisa, quanto ao funcionamento de uma UTIN.

À equipe multiprofissional das UTINs, pela receptividade, para que eu pudesse me inserir naquele contexto hospitalar, e pela transmissão de

valiosos ensinamentos. Poderia ser injusto se eu citasse apenas algumas pessoas, portanto, meu agradecimento é para toda a equipe.

Ao Departamento de Clínica Odontológica do Curso de Odontologia – Centro de Ciências da Saúde – UFES, pela confiança depositada durante o meu período de licenciamento para o Doutorado e às funcionárias Elizabeth e Luciane, que sempre me atenderam com atenção.

Ao diretor-superintendente do Instituto de Odontologia da UFES (IOUFES) Prof. Ranulfo Gianordoli Neto, pela autorização para que a coleta de dados deste trabalho pudesse ser realizada no ambulatório de Odontopediatria.

Às professoras da Disciplina de Odontopediatria Ana Maria Martins Gomes e Marly Almeida Saleme do Valle pela solidariedade, companheirismo, apoio e ajuda fundamental na seleção de bolsista, aprovação do projeto de extensão e organização para que este trabalho pudesse ser realizado exclusivamente na sala do atendimento odontológico a bebês. Às professoras que auxiliaram à Disciplina nesse período, contratadas ou voluntárias, Lilian Citty Sarmento e Luciana Sanglard, por compartilharem uma filosofia, pela amizade e convivência harmoniosa.

À Cecília Wetler Marcon, acadêmica do curso de Odontologia da UFES no período 2012/2013, bolsista do Projeto de Extensão “Estratégias para promoção de saúde bucal para bebês”, pela valiosa contribuição durante o atendimento odontológico dos bebês, pela filmagem das interações mãe-bebê, pela dedicação, compromisso e convívio cordial.

À Pró-reitoria de Extensão (PROEX) pela aprovação do projeto e concessão da bolsa, em especial ao Prof. Roberto Sarcinelli pela sugestão para associar um projeto de extensão ao meu projeto de pesquisa.

Aos integrantes da equipe da biblioteca setorial do Centro de Ciências da Saúde, Genaid, Elizabeth e Rafael, pelo atendimento seguro e rápido para disponibilização dos artigos.

Aos funcionários do IOUFES pela atenção dispensada e pelo funcionamento do ambulatório, mesmo quando não coincidia com o horário das disciplinas.

Às participantes do estudo, que responderam com coerência às fases sucessivas de coleta dos dados, pela confiança, disponibilidade, respeito e atenção com que me trataram nesse período. Aos seus bebês, que foram de suma importância para a concretização deste trabalho, mesmo sem terem tomado consciência de sua participação, e que geraram momentos de alegria e descontração a partir dos progressos no seu desenvolvimento.

À minha própria rede de apoio social, representada pela minha mãe, Vilma e Delizete, que sempre tiveram importância fundamental para que eu me sentisse segura no trabalho.

À família e aos amigos pela compreensão nas minhas inevitáveis ausências.

À Deus, pela minha vida, saúde e disposição para ter conseguido cumprir todas as etapas deste trabalho.

RESUMO

Dadalto, E. C. V. (2014). Interação mãe-bebê e uso de chupeta no contexto do nascimento pré-termo: cultura, representações sociais e processos proximais. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES.

Objetivo: Investigar a avaliação de mães de recém-nascidos pré-termo (RNPT) egressos de unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) quanto à interação mãe-bebê e uso de chupeta nos primeiros dois anos. **Método:** O planejamento do estudo longitudinal foi baseado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, com foco nos processos proximais (PP), utilizando entrevistas gravadas com 62 mães de RNPT no contexto da UTIN e 33 aos seis, 12, 18 e 24 meses de idade do bebê, considerando Grupo-A (chupeta) e Grupo-B (não usou chupeta). **Resultados:** A vivência em UTIN foi considerada evento impactante na vida das mães, mas expectativas futuras para a relação mãe-bebê foram positivas. A tentativa de oferta da chupeta foi 96,2% e seu uso aos seis meses foi 50% (n=52), significativamente associado com prematuridade pela relação peso/idade-gestacional (p-valor=0,044), dificuldades para estabelecer aleitamento materno exclusivo (AME) (p=0,012) e primiparidade (p=0,02). Apresentaram relação com menor frequência de chupeta: AME ≥ 3 meses (p=0,026) e tempo de aleitamento materno ≥ 6 meses. A chupeta configurou-se como uma das representações sociais sobre objetos de bebê, elaboradas pelas participantes aos 12 meses de idade do bebê. Características de temperamento calmo/tranquilo da mãe foram mais frequentes no Grupo-A e o temperamento nervoso/agitado/irritado no Grupo-B (p-valor=0,041). No Grupo-A predominou o temperamento do bebê calmo/fácil-de-cuidar/independente, enquanto no Grupo-B as características de temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo (p-valor=0,026), associado também à necessidade de várias tentativas de oferta da chupeta (p-valor=0,006). No Grupo-A, o número de pessoas para apoio social foi uma ou duas (77,8%), enquanto no Grupo-B foram três a sete (66,7%), p-valor=0,001. A contribuição da chupeta como auxiliar nos PP foi indiferente para mães que controlavam o hábito, enquanto o uso irrestrito facilitava a resolução do choro, liberando a mãe para outras tarefas, atuando como limitador dos PP. A análise da evolução e complexidade dos PP demonstrou não haver interferência pelo uso da chupeta, tendo sido mais efetivos quando as mães tinham maior escolaridade e nas classes econômicas A e B. **Conclusão:** Aspectos culturais influenciaram na oferta da chupeta, mas sua aceitação ocorreu principalmente em RNPT pequeno para idade gestacional, diante das dificuldades para AME, menor extensão do apoio social e temperamento do bebê calmo/fácil-de-cuidar/independente, também associado à aceitação mais fácil da chupeta. O uso irrestrito da chupeta demonstrou atuar como limitador dos processos proximais.

Palavras-chave: Prematuro. Chupetas. Aleitamento materno. Representação social. Relações mãe-filho.

ABSTRACT

Dadalto, E. C. V. (2014). Mother-infant interaction and the use of pacifier in preterm birth settings: culture, social representations and proximal processes. PhD. Thesis, Post-Graduation Psychology Program, Federal University of Espírito Santo, Vitória-ES

Purpose: Investigate the evaluation of mothers of preterm newborns (PTNB) discharged from neonatal intensive care units (NICU), concerning mother-infant interaction and the use of pacifier during the first two years. **Method:** Planning of this longitudinal study was based on Bioecological Theory of Human Development focusing on proximal processes (PP), using interviews recorded with 62 PTNB's mothers in NICU settings and 33 at 6, 12, 18 and 24 months of age, regarding Group-A (pacifier use) and Group-B (not using pacifier). **Results:** Experience at NICU was considered a shocking event in mothers' lives, but the future expectations for mother-infant relationship were positive. Pacifier offer attempt was 96.2% and use at six months was 50% (n=52), which is significantly associated to prematurity by the weight/gestational-age ratio (p-value=0.044), difficulty to establish exclusive breastfeeding (EBF) (p=0.012), and primiparity (p=0.02). Were related to low frequency of pacifier: EBF \geq 3 months (p=0.026) and BF length \geq 6 months. The pacifier configured one of the social representations about infant objects, created by participants at infants' 12 months of age. Mothers' calm/quiet temperament characteristics was more frequent in Group-A and nervous/uneasy/angry temperament in Group-B (p-value=0.041). In Group-A, infant's predominant temperament was calm/easy-to-care-for/independent, whereas in Group-B, infant's uneasy/messy/stubborn/aggressive temperament characteristics was more frequent (p-value=0.026), also associated to the need of several attempts to offer pacifier (p-value=0.006). In Group-A, the number of people for social support was one or two (77.8%), whereas in Group-B they were from three to seven (66.7%), p-value=0.001. The contribution of pacifier as an assistant in PP showed to make no difference to mothers who controlled its use, whereas unrestricted use of pacifier helped solve crying, liberating the mother to other tasks, working as a limiter of PP. The analysis of evolution and complexity of PP showed that there is no interference by the use of pacifier, which has been more effective when mothers had higher educational background and belonged to economic classes A and B. **Conclusion:** Cultural aspects influenced the offer of pacifiers, but its acceptance took place mainly among PTNB small for gestational age, in face of difficulties for EBF, less extension of social support, and infant's calm/easy-to-care-for/independent temperament, also associated to easier acceptance of pacifier. Unrestricted use of pacifier showed to work as a limiter of proximal processes.

Key-words: Infant, premature. Pacifiers. Breast Feeding. Social Representation. Mother-child relations.

RÉSUMÉ

Dadalto, E. C. V. (2014). Interaction mère-bébé et prise de la tétine dans un contexte de naissance prématurée: culture, représentations sociales et processus proximaux. Thèse de Doctorat, Programme de Spécialisation en Psychologie, Université Fédérale de l'Espírito Santo, Vitória-ES.

Objectif: Faire une enquête sur l'évaluation de mères de nouveau-nés prématurés (NNPT) sortis de l'Unité de Soins Intensifs Néonataux (UTIN), quant à l'interaction mère-bébé et la prise de tétine durant les deux premières années de l'enfant. **Méthode:** Le planning de l'étude longitudinale a été basé sur la Théorie Bioécologique du Développement Humain, focalisé aux processus proximaux (PP), en utilisant des interviews enregistrées avec 62 mères de NNPT au contexte UTIN et 33 interviews aux 06, 12, 18 et 24 mois du bébé, considérant le Groupe-A (tétine) et le Groupe-B (ceux qui n'ont pas utilisé la tétine). **Résultats:** L'expérience en UTIN a été considérée un événement impactant dans la vie des mères, mais avec des prévisions futures positives pour le rapport mère-bébé. La tentative de prise de la tétine a été positive à 96,2% et l'utilisation aux six mois a été de 50% (n=52), significativement associée à la prématurité par rapport poids/âge-gestationnel (p-valeur=0,044), aux difficultés d'établir l'allaitement maternel exclusif (AME) (p=0,012) et à la primiparité (p=0,02). Un rapport inférieure de fréquence de prise de tétine a été présenté: AME \geq 3 mois (p=0,026) et la durée d'allaitement maternel \geq 6 mois. La tétine a été considérée comme une des représentations sociales d'objets de bébé, établies par les participants aux 12 mois du bébé. Caractéristiques de tempérament calme/tranquille de la mère a été plus fréquent dans le Groupe-A et le tempérament nerveux/agité/irrité dans le Groupe-B (p-valeur=0,041). Dans le Groupe-A le tempérament du bébé calme/facile-à-soigner/Indépendant a prédominé, tandis que dans Groupe-B caractéristiques de tempérament agité/têtu/agressif (p-valeur=0,026), est associé aussi au besoin de plusieurs prises de la tétine (p-valeur=0,006). Dans le Groupe-A, le nombre de personnes pour l'assistance sociale a été d'une ou de deux (77,8%), alors que au Groupe-B elles ont été entre trois et sept (66,7%), p-valeur=0,001. La contribution de la tétine comme un auxiliaire aux PP a été indifférent pour des mères qui contrôlaient l'habitude, tandis que l'usage sans restriction facilitait la résolution des pleurs, en laissant à la mère le temps de faire d'autres activités, agissant comme limiteur des PP. L'analyse de l'évolution et de la complexité des PP a démontré ne pas causer d'interférence quant à l'utilisation de tétine, tout en étant plus efficace pour les mères qui avaient un plus grand niveau de scolarité et appartenant aux classes sociales A et B. **Conclusion:** Les aspects culturels ont influencé la prise de la tétine, mais son acceptation est effective, surtout en NNPT petit pour l'âge gestationnel, face aux difficultés pour AME, plus petite extension d'assistance sociale et du tempérament du bébé calme/facile-à-soigner/indépendant, aussi associé à l'acceptation plus facile de la tétine. L'utilisation sans restriction de la tétine a montré agir comme limiteur des processus proximaux.

Mots-clés: Prématuré. Tétines. Allaitement maternel. Représentation sociale. Rapport mère-enfant.

LISTA DE FIGURAS

ESTUDO 1 - A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE “BEBÊ” E “OBJETOS DE BEBÊ”, ELABORADAS POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O CONTEXTO DA INTERNAÇÃO EM UTIN E O *FOLLOW-UP* DE 12 MESES

- Figura 1 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “bebê” para mães de RNPT no contexto da internação em UTIN, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2011. (n=47)..... 92
- Figura 2 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “bebê” para as mesmas mães de RNPT egressos de UTIN aos 12 meses de idade cronológica dos bebês, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2012. (n=47)..... 93
- Figura 3 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “objetos de bebê” para mães de RNPT no contexto da internação em UTIN, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2011. (n=47)..... 97
- Figura 4 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “objetos de bebê” para as mesmas mães de RNPT egressos de UTIN aos 12 meses de idade cronológica, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2012. (n=47)..... 98

ESTUDO 3 - CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PRÉ-TERMO SOBRE SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA: *FOLLOW-UP* DE SEIS MESES

- Figura 1 - Benefícios ou vantagens da amamentação, uso de chupeta e sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62)..... 162
- Figura 2 - Prejuízos ou desvantagens da amamentação, uso de chupeta e sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62)..... 162

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 2 - RELAÇÕES, VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE MÃES COM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS EM UTIN

Tabela 1 – Distribuição das participantes quanto à escolaridade da mãe, classificação econômica, primiparidade e classificação de prematuridade do recém-nascido, de acordo com a UTIN.....	123
Tabela 2 – Tempo de internação e de uso de sonda orogástrica, de acordo com o tipo de UTIN.....	123
Tabela 3 – Distribuição das participantes quanto à descrição do contexto da UTIN, conforme o tipo de unidade hospitalar.....	125
Tabela 4 – Distribuição das participantes quanto à escolaridade da mãe, classificação econômica, primiparidade, tipo de UTIN, classificação de prematuridade, vivência da internação e suficiência do tempo de permanência para estabelecer o vínculo, conforme o tempo de permanência da mãe na UTIN.....	129

ESTUDO 3 - CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PRÉ-TERMO SOBRE SUÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA: *FOLLOW-UP* DE SEIS MESES

Tabela 1 – Distribuição das participantes do estudo, mães de RNPT, conforme dados demográficos e socioeconômicos.....	157
Tabela 2 – Distribuição das participantes no estudo de acordo com dados relacionados ao RNPT.....	158
Tabela 3 – Distribuição das participantes conforme os benefícios/vantagens da amamentação, do uso de chupeta e da sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62).....	160
Tabela 4 – Distribuição das participantes conforme os prejuízos/desvantagens da amamentação, do uso de chupeta e da sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62).....	161
Tabela 5 – Distribuição das participantes quanto a escolaridade da mãe, inserção no mercado de trabalho, classificação econômica, escolaridade do pai, primiparidade, classificação de prematuridade e sexo do recém-nascido, de acordo com uso de chupeta nos primeiros seis meses (n=52).....	168

Tabela 6 – Distribuição das participantes conforme uso de chupeta pelo bebê e associação com variáveis relacionadas às expectativas prévias das mães sobre chupeta, percepção do uso de chupeta de luva na UTIN e variáveis quanto ao aleitamento materno.....	169
Tabela 7 – Distribuição das variáveis métricas, conforme uso ou não de chupeta em RNPT egressos de UTIN, de acordo com relato de suas mães...	170
Tabela 8 – Distribuição das participantes conforme a tentativa de oferta da chupeta ao bebê e uso de chupeta nos primeiros seis meses de vida (n=50).	171
Tabela 9 – Dificuldade para estabelecer ou manter o AM após a alta da UTIN conforme o tempo de internação e de uso de sonda orogástrica.....	173
ESTUDO 4 - INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ PARA LIDAR COM A SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA, CONSTITUIÇÃO E ATUAÇÃO DO APOIO SOCIAL: <i>FOLLOW-UP</i> DE 24 MESES	
Tabela 1 – Características pessoais das participantes nas fases inicial e final do estudo longitudinal.....	205
Tabela 2 – Características referentes aos bebês PT-UTIN, nas fases inicial e final do estudo longitudinal.....	206
Tabela 3 – Padrão de temperamento da mãe no final do estudo, conforme avaliação das participantes.....	207
Tabela 4 - Padrão de temperamento do bebê ao final do estudo (24 meses de idade), de acordo com uso ou não de chupeta, conforme avaliação das participantes.....	208
Tabela 5 - Padrão de temperamento do bebê ao final do estudo (24 meses de idade), de acordo com a tentativa de oferta da chupeta, conforme avaliação das participantes.....	209
Tabela 6 – Distribuição das participantes conforme o compartilhamento da cama com o bebê e uso ou não de chupeta.....	210
Tabela 7 – Distribuição das participantes conforme o tipo de sucção nutritiva e não nutritiva realizada pelos bebês PT-UTIN durante os dois anos de acompanhamento (n=33).....	211
Tabela 8 – Idades inicial e final de uso de chupeta em bebês PT-UTIN.....	212
Tabela 9 – Distribuição das participantes de acordo com o número em potencial de pessoas para ajudar a cuidar do bebê no primeiro ano de vida...	217

LISTA DE SIGLAS

AIG - adequado para a idade gestacional (referente à relação peso ao nascimento e idade gestacional)

AM - aleitamento materno

AME - aleitamento materno exclusivo

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure* (pressão positiva contínua nas vias aéreas)

EVOG - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* (conjunto de programas que permitem a análise das evocações)

EFI - ensino fundamental incompleto

EFC - ensino fundamental completo

EMI - ensino médio incompleto

EMC - ensino médio completo

ESI - ensino superior incompleto

ESC - ensino superior completo

GIG - grande para sua idade gestacional (referente à relação peso ao nascimento e idade gestacional)

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IOUFES - Instituto de Odontologia da UFES

PIG - pequeno para sua idade gestacional (referente à relação peso ao nascimento e idade gestacional)

PP - processos proximais

PPCT - *processo – pessoa – contexto – tempo* (modelo de análise na Teoria bioecológica)

PT-UTIN – bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN

RN - recém-nascido

RNs - recém-nascidos

RNPT - recém-nascido pré-termo

RNPTs – recém-nascidos pré-termo

RS - representações sociais

SNG - sonda nasogástrica

SOG - sonda orogástrica

SPSS - *Statistical Package for Social Science* (Pacote estatístico para as ciências sociais)

TBDH - Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano

TRS - Teoria das Representações Sociais

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTIN - unidade de terapia intensiva neonatal

UTINs - unidades de terapia intensiva neonatal

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1. INTRODUÇÃO	27
2. PERSPECTIVAS TEÓRICAS	36
2.1 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	36
2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	43
3. OBJETIVOS	52
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	55
5. ESTUDOS	80
5.1 ESTUDO 1 - A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE “BEBÊ” E “OBJETOS DE BEBÊ” ELABORADAS POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O CONTEXTO DA INTERNAÇÃO EM UTIN E O <i>FOLLOW-UP</i> DE 12 MESES.	80
5.2 ESTUDO 2 - RELAÇÕES, VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE MÃES COM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS EM UTIN.....	109
5.3 ESTUDO 3 - CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PRÉ-TERMO SOBRE SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA: <i>FOLLOW-UP</i> DE SEIS MESES.....	145
5.4 ESTUDO 4 - INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ PARA LIDAR COM A SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA, CONSTITUIÇÃO E ATUAÇÃO DO APOIO SOCIAL: <i>FOLLOW-UP</i> DE 24 MESES.....	190
5.5 ESTUDO 5 - INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E USO DE CHUPETA: ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO.....	235
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	278
REFERÊNCIAS	290
APÊNDICES	299
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	300
APÊNDICE A1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (responsável).....	302

APÊNDICE B - COLETA DE DADOS NEONATAIS.....	304
APÊNDICE C - ENTREVISTA COM A MÃE NO CONTEXTO DA UTIN.....	305
APÊNDICE D - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL.....	310
APÊNDICE E - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DA UTIN...	311
APÊNDICE F - COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR, OFERTA DA CHUPETA E REDE SOCIAL DE APOIO.....	314
APÊNDICE G - ENTREVISTA COMPLEMENTAR.....	319
APÊNDICE H - QUESTÃO FINAL APLICADA A TODAS AS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	323
APÊNDICE I - REGISTRO DOS RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UTIN.....	324
APÊNDICE J - PASSAGENS ANOTADAS EM DIÁRIO DE CAMPO.....	325
ANEXOS.....	332
ANEXO A - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	333
ANEXO B - APROVAÇÃO DA INCLUSÃO DE QUESTÕES À PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	334
ANEXO C - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA.....	335

APRESENTAÇÃO

O meu interesse pelo estudo dos hábitos de sucção de dedo e chupeta foi despertado no início do Curso de Mestrado. Sou graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, em 1983, onde esse tema foi apresentado como um dos fatores etiológicos potenciais para alterações na arcada dentária. A partir do Curso de Mestrado, que iniciei em 1985, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, na área de concentração de Odontopediatria, a orientação era de que poderia haver autocorreção das alterações produzidas por esses hábitos se fossem interrompidos em idade precoce. Estava, então, gerada a semente inicial para uma pesquisa. Trabalhei na Dissertação com esse tema, sob o título “Hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta – Estudo seccional” (DADALTO, 1989). Além das alterações na arcada dentária, esse trabalho teve enfoque especial em aspectos psicossociais, por ter a abordagem envolvido populações de crianças de três a doze anos de idade selecionadas aleatoriamente em escolas públicas e particulares. Desde então, mantenho a atualização teórica nesse tema.

No campo pessoal, a convivência com muitas crianças da família durante minha formação universitária colaborou para a observação e percepção dos seus hábitos e das formas de interação elaboradas por suas mães para lidar com esses hábitos. Quando meus filhos nasceram essa observação passou a ser diária, especialmente no que concerne à importância da sucção não nutritiva realizada durante o ato do aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo com o filho. A essa altura o meu embasamento teórico nesta temática já era suficiente para lidar com maestria durante essa fase.

Como professora de Odontopediatria, tenho trabalhado na orientação de monografias realizadas também com essa temática, que incluíram alterações na arcada dentária (GUARÇONI, 2009) e métodos de remoção dos hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta (MARTINS et al., 2010). Trata-se de um tema complexo, que não pode ser analisado apenas com a abordagem sob o ponto de vista das alterações bucais, pois envolve um universo de sentimentos relacionados às primeiras experiências maternas para lidar de forma segura e serena com o bebê.

A Odontopediatria apresenta muitas interfaces de atuação com a Psicologia, como o estudo do desenvolvimento psicológico da criança, a Psicologia aplicada ao atendimento clínico odontopediátrico, e o estudo das variáveis socioeconômicas e culturais nas diversas patologias bucais. Essa interrelação entre as duas ciências contribuiu para fortalecer o meu interesse em trabalhar esse tema com uma visão integrada entre a Psicologia e a Odontologia, o que motivou a pesquisa agora apresentada em forma de tese de Doutorado.

Durante a elaboração do projeto de pesquisa, a constatação de que a presença de estudos sobre hábitos de sucção em população de crianças nascidas pré-termo era escassa determinou a minha escolha por essa área, associada às dificuldades enfrentadas pelos recém-nascidos pré-termo hospitalizados para estabelecer o aleitamento materno, uma vez que a alimentação constitui mais um desafio para sua sobrevivência, devido à imaturidade da função de sucção. O foco em relação ao uso de chupeta, sem dar ênfase à sucção digital, foi principalmente pela maior prevalência do uso da chupeta e porque a oferta da

chupeta envolve a atitude da mãe, justamente considerada neste estudo a população-alvo, sendo denominada *participante*.

A coleta dos dados para o presente estudo foi realizada no período entre fevereiro de 2011 a junho de 2013, como um trabalho amplo sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta. Esta coleta abrangeu entrevistas com as mães em duas etapas e cinco fases. A primeira etapa (e primeira fase) foi realizada no contexto da internação dos recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal e a segunda etapa (segunda à quinta fases) ocorreu durante o acompanhamento odontopediátrico dos bebês até dois anos de idade. As entrevistas foram semestrais e o atendimento odontológico para bebês que apresentaram alto risco ao desenvolvimento da cárie dental foi realizado com intervalo de tempo menor (a cada dois ou três meses).

Esta tese está organizada em sete capítulos. O capítulo 1 – Introdução – teve o propósito de definir o objeto de estudo em um panorama de sua discussão como tem sido apresentada na literatura. No capítulo 2 foram organizados os referenciais teóricos, sendo a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, utilizada para o planejamento e análise geral deste estudo; e para fundamentar uma investigação específica do macrossistema, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais. O capítulo 3 relacionou os objetivos e o capítulo 4 explicitou toda a metodologia para coleta dos dados, de acordo com cada fase. O delineamento do estudo como um todo, a interpretação e a análise dos dados tiveram como aporte teórico-metodológico a teoria bioecológica, entretanto na composição dos estudos, a metodologia específica foi descrita em cada um deles.

Os resultados foram organizados em cinco estudos principais que compuseram o capítulo 5 desta tese. O Estudo 1 foi fundamentado na Teoria das Representações Sociais, comparando as representações de mães sobre bebê e objetos de bebê, a partir da técnica da evocação, identificadas no momento da hospitalização dos filhos e na idade de 12 meses. No Estudo 2 foram agrupados os resultados referentes aos dados obtidos na primeira fase considerando a vivência das mães em UTIN. No Estudo 3 foram reunidos os principais dados obtidos na entrevista realizada na segunda fase, aos seis meses de idade cronológica dos bebês, de forma que o foco do estudo concentrou-se na oferta inicial da chupeta, a influência cultural nesse contexto e a relação com as dificuldades para estabelecer o aleitamento materno nos bebês nascidos pré-termo. O acompanhamento longitudinal ao longo dos 24 meses foi analisado nos Estudos 4 e 5. O objetivo no Estudo 4 foi a descrição de características pessoais, sucção nutritiva e não nutritiva, constituição e atuação do apoio social em cada fase, enquanto o Estudo 5 foi direcionado para a avaliação da interação mãe-bebê e uso de chupeta.

O capítulo 6 constituiu-se pela necessidade de tecer considerações finais abarcando os resultados dos cinco estudos, de forma a gerar uma conclusão para a tese. Na seção de Referências apresentada ao final deste trabalho foram relacionados os estudos concernentes à pesquisa bibliográfica, que foram apresentados nos capítulos 1, 2, 4 e 6. Para cada estudo, as referências estão listadas ao final da apresentação correspondente.

Durante a realização desta pesquisa para tese de Doutorado, dois outros estudos foram realizados e publicados. A revisão de literatura sobre os aspectos

culturais da oferta da chupeta foi citada nos Estudos 1 e 2 (DADALTO; ROSA, 2013) e o artigo com os resultados referentes à amostra inicial sobre a evocação dos termos indutores “bebê” e “objetos de bebê” foi citado no Estudo 1 (DADALTO; HOSTERT; ROSA, 2012). Após esta breve apresentação da estrutura da tese, as estratégias de investigação associadas aos objetivos traçados poderão ser apreciadas no decorrer da leitura.

1. INTRODUÇÃO

A sucção é um reflexo básico do recém-nascido, tanto a nutritiva quanto a não nutritiva, sendo inerente ao processo de alimentação e desenvolvimento do bebê. Os mecanismos neuromusculares atingem maturidade e integração ao nascimento estando o recém-nascido apto para realizar a sucção com finalidade nutricional, exploração do seu limitado meio exterior e autoconforto, de forma que a sucção não nutritiva fisiológica é utilizada com a finalidade de obter controle diante de situações em que o bebê encontra-se incomodado, irritado ou estressado. Entretanto, se a sucção não nutritiva deve ser permitida e incentivada pelo uso da chupeta é um tema controverso (MASSLER, 1983; CAMARGO, 2005; NELSON, 2012).

A instalação e manutenção de hábitos de sucção não nutritiva em bebês e crianças têm sido amplamente estudadas pela comunidade científica, sob ângulos variados de abordagem, em especial quanto ao uso da chupeta. Nos últimos anos, tornou-se um objeto de pesquisa que tem gerado extensas discussões acerca da sua adequação ou inadequação para o desenvolvimento saudável de crianças em tenra idade, envolvendo principalmente as áreas de Pediatria, Enfermagem, Fonoaudiologia e Odontologia, baseando-se em fundamentos da Psicologia para explicar a necessidade de sucção dos bebês. Revisando essa literatura, os temas abordados com relação ao uso de chupeta pelos bebês e crianças foram os seguintes:

- 1) Até à metade da década de 1960, a frequência de crianças com hábitos de sucção digital variava entre 17 e 50%, com pouca referência naquelas pesquisas sobre o uso de chupeta. Após esse período os estudos passaram a incluir também os dados relativos à sucção de chupeta,

apresentando uma porcentagem total de hábitos de sucção entre 31 e 95%, o que levou a pressupor que estava ocorrendo uso indiscriminado da chupeta (DADALTO, 1989; SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JUNIOR, 1997; OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETA, 2006; PERES et al., 2007; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008).

- 2) A prática repetitiva do ato de sucção de dedo ou chupeta pode condicionar a instalação do hábito, que dependendo da sua frequência, intensidade e duração, padrão ósseo, tipo facial e tonicidade muscular, pode levar a alterações oclusais, especialmente a mordida aberta anterior, e alterações miofuncionais como, por exemplo, a interferência na articulação das palavras e a relação com a respiração bucal (DADALTO, 1989; PAUNIO; RAUTAVA; SILLANPÄÄ, 1993; VERRASTRO et al., 2006; SANTOS-NETO et al., 2009). Dessa forma os autores justificaram a orientação para que o hábito seja removido o mais precocemente possível para favorecer a autocorreção das alterações da arcada dentária pela ação da musculatura facial ainda em condições de normalidade (OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETTA, 2006; VERRASTRO et al., 2006; PERES et al., 2007; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008; GÓIS et al., 2008; GUARÇONI, 2009; ROMERO et al., 2011). Os tipos de chupeta também foram testados para verificar se haveria minimização dos efeitos oclusais (ZARDETTO; RODRIGUES; STEFANI, 2002; ZIMMER et al., 2011), mas novas pesquisas se tornam necessárias para que os resultados sejam comparados, não havendo ainda um tipo ideal de chupeta. Do ponto de vista odontológico também foi avaliado que, durante um acidente com

queda da criança que provoque traumatismo dental, foi mais provável ocorrer deslocamento dental do que fratura se a criança estivesse usando chupeta no momento da queda (ØSTERGAARD et al., 2011).

- 3) O uso de chupeta foi avaliado como uma *consequência* das dificuldades encontradas por mãe e bebê para manutenção do aleitamento materno como fonte de satisfação da necessidade de sucção não nutritiva do bebê e da introdução da mamadeira (OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETTA, 2006; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008; ALBUQUERQUE et al., 2010; MONTALDO et al., 2011), comparando-se o modo de vida de sociedades primitivas, com a disponibilização do aleitamento materno em livre demanda, com sociedades industrializadas, onde as mães apresentam diversos afazeres que reduzem sua disponibilidade de oferta do aleitamento materno (LARSSON; DAHLIN, 1985; LINDSTEN; LARSSON, 2009).
- 4) Os estudos passaram a indicar que a chupeta seria na realidade a *causa* do desmame precoce (SOARES et al., 2003; QUELUZ et al., 2012) devido ao fenômeno descrito como “confusão de bicos”, em que o bebê passaria a rejeitar o peito caso estivesse usando bicos artificiais como chupeta e mamadeira. Da mesma forma, essa explicação poderia também ser no sentido inverso, em que o bebê bem adaptado à sucção no peito, rejeitaria a sucção de outro tipo de bico (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995; SOARES et al., 2003). Um ensaio clínico randomizado concluiu pela restrição do uso da chupeta no período neonatal, de forma que a

amamentação pudesse ser bem estabelecida, mas não encontrou interferência do uso tardio da chupeta como causa do desmame precoce (HOWARD et al., 2003), enquanto outros autores observaram que a interferência da chupeta poderia ocorrer em mães que não estavam motivadas, apresentavam desconforto ou dificuldades para amamentar, não afetando as mães autoconfiantes (VICTORA et al., 1997, MAUCH et al., 2012).

- 5) Algumas pesquisas apresentaram uma associação com menor risco de morte súbita no berço, quando os bebês dormiam com a chupeta. Algumas hipóteses foram discutidas, entre elas estaria a explicação de que o espaço criado pelo anel externo da chupeta evitaria a obstrução das vias aéreas pelo tecido que recobre a criança, especialmente em países frios; a sucção regular da chupeta proporcionaria um melhor desenvolvimento neural de controle das vias aéreas superiores; a disponibilização de uma via bucal de respiração caso ocorresse obstrução nasal; ou porque o uso da chupeta estaria associado a um pequeno, mas significativo, deslocamento anterior da mandíbula, sugerindo que seu uso atuaria como sistema de proteção das vias aéreas superiores (HAUCK; OMOJOKUN; SIADATY, 2005; MITCHELL; BLAIR; L'HOIR, 2006; TONKIN et al., 2007).
- 6) O uso de chupeta, associado ou não a uma solução adocicada, foi preconizado em ambiente hospitalar durante procedimentos que pudessem

provocar dor, com o objetivo de reduzir ou eliminar a percepção dolorosa (GREENBERG, 2002; YILMAZ; ARIKAN, 2011).

- 7) Aspectos culturais foram discutidos tanto com relação à influência da cultura sobre a família, quanto em relação às percepções culturais que influenciariam as orientações dos profissionais de saúde (SELMER-OLSEN, 2007; WHITMARSH, 2008; LOZANO DE LA TORRE et al., 2011; DADALTO; ROSA, 2013). Para as mães, as representações sociais sobre chupeta foram associadas a sua capacidade de acalmar o bebê, mesmo quando haviam sido orientadas sobre a inadequação do seu uso (SERTÓRIO; SILVA, 2005; MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009). Apesar de décadas de controvérsias, muitos pais continuam a oferecer a chupeta aos seus filhos (NELSON, 2012).
- 8) O uso de chupeta seria um hábito de remoção mais fácil e em idade mais precoce do que o hábito de sucção digital (DADALTO, 1989; BISHARA et al., 2006; MARTINS et al., 2010). Para auxiliar as crianças a interromperem hábitos de sucção digital, a literatura tem apontado diversas soluções, principalmente o aconselhamento e conscientização sobre os efeitos do hábito, atividades lúdicas, troca por um presente (AGUIAR et al., 2005; MARTINS et al., 2010) e terapia miofuncional (DEGAN; PUPPIN-RONTANI, 2005).

Especificamente para o recém-nascido pré-termo (RNPT), a imaturidade anatomofisiológica o predispõe a diversos desafios para sua sobrevivência,

incluindo o estabelecimento da alimentação, nos casos de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). O uso da chupeta, algumas vezes associada a sons musicais, foi indicado na literatura para estimular a sucção não nutritiva, com o objetivo de promover a coordenação das funções de sucção, deglutição e respiração e introduzir a alimentação por sucção em menor tempo, e, dessa forma, reduzir o período de internação hospitalar (POORE et al., 2008; YILDIZ; ARIKAN, 2011), o que foi contraposto pelo grupo que defende que a chupeta tem interferência negativa no estabelecimento do aleitamento materno, especialmente no período neonatal (HOWARD et al., 2003; MAUCH et al., 2012), de forma que a sucção não nutritiva deva ser estimulada com o dedo enluvado (CAETANO; FUJINAGA; SCOCHI, 2003; NEIVA; LEONE, 2006; VENSON; FUJINAGA; CZLUNIAK, 2010). A oferta da alimentação inicial por sucção foi preconizada pela técnica do copinho por se assemelhar aos movimentos de sucção no peito (NYQVIST; EWALD, 2006; LIMA; MELO, 2008), mas foi contestada por Collins et al. (2004) que não demonstraram benefícios para a amamentação no peito, havendo atraso de cerca de 10 dias na alta hospitalar. A indicação da chupeta relacionada ao menor risco de morte súbita também foi demonstrada em RNPT (TONKIN et al., 2007), assim como sua indicação para alívio da dor durante procedimentos hospitalares (ELSERAFY et al., 2009). Estudos sobre o uso prolongado da chupeta por crianças nascidas pré-termo apresentaram maior frequência deste hábito do que em crianças nascidas a termo (BENEVENUTO DE OLIVEIRA et al., 2007; FERRINI; MARBA; GAVIÃO, 2008).

A ansiedade materna e a experiência traumática da mãe em relação à hospitalização precoce do filho demonstraram exercer influência na interação

mãe-bebê nos primeiros anos da infância, comparando-se com bebês nascidos a termo (FELDMAN; EIDELMAN, 2006; PADOVANI et al., 2009; WAKELY; RAE; COOPER, 2010). Entretanto, o empenho dos profissionais de saúde para gerar o empoderamento da mãe no cuidado do RNPT, em programas de suporte durante a hospitalização, foi relacionado com menor grau de ansiedade e índices mais altos de interação mãe-bebê (MELNYK et al., 2006; 2008), justificando a importância de uma atenção diferenciada para essas mães.

A qualidade da relação com os profissionais de saúde, sustentada pela interação efetiva entre a mãe e o profissional, propiciaram às lactantes no estudo de Müller e Silva (2009) a percepção de um apoio efetivo no contexto hospitalar, imprescindível para o estabelecimento do aleitamento materno, o que também foi analisado por Roseiro e Paula (2013) como uma das ações para o atendimento humanizado em UTIN. O apoio social para as lactantes apresentou interferência positiva na facilitação do processo de amamentação, conforme resultado encontrado no trabalho de Morgado, Werneck e Hasselmann (2013), em que um número maior de parentes com quem a mãe podia contar e ter alto apoio social implicou em maiores chances de aleitamento materno exclusivo. Por outro lado, na pesquisa de Marques et al. (2010), a rede social funcionou tanto como uma rede de apoio quanto como uma rede geradora de possíveis conflitos frente à lactação. No caso específico da oferta da chupeta, no estudo de Mauch et al. (2012), as pessoas do apoio social foram responsáveis pelo aconselhamento sobre a sua introdução em 69,4% dos relatos.

A realização de estudos direcionados para o RNPT justifica-se pela necessidade de conhecer melhor as especificidades desse grupo, uma vez que

mundialmente 15 milhões de nascimentos ocorrem em situação de prematuridade a cada ano, correspondendo a mais de um a cada 10 nascimentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Não foram encontrados estudos específicos sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta em crianças nascidas pré-termo, no período de 2004 a 2014, a partir de pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde, LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO - *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca Cochrane e Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). O levantamento dos artigos publicados na literatura foi realizado com a palavra-chave “pacifiers” (chupetas), com o filtro “mother-child relations” (relações mãe-filho), conforme registradas em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Sendo assim, esse tema foi selecionado como questão principal para a abordagem no presente estudo.

2. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

2.1. TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

O planejamento de pesquisas para o estudo científico do desenvolvimento humano recebe na segunda metade do século 20 e início do século 21 a grande contribuição dos estudos de Urie Bronfenbrenner, sistematizados em um modelo teórico e metodológico denominado Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano – TBDH (BRONFENBRENNER, 2001). Sob a ótica da teoria bioecológica, o desenvolvimento é definido como “o fenômeno de continuidade e mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, como indivíduos e como grupos” (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006, p. 793).

Quatro componentes principais e as relações entre eles constituem a base da TBDH, denominados *processo – pessoa – contexto – tempo*, referidos como modelo PPCT, um esquema operacional de pesquisa que permite a investigação simultânea dos quatro construtos da teoria (BRONFENBRENNER, 1995; BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006; TUDGE et al., 2009; ROSA; TUDGE, 2013). O principal construto é o *processo*, especificamente os *processos proximais*, definidos como formas de interação entre a pessoa e seu ambiente, e posicionados como o mecanismo primário produtor do desenvolvimento. O poder de influência desses processos, entretanto, varia em função das características da *pessoa* em desenvolvimento, do seu *contexto* ambiental imediato e mais remoto e dos períodos de *tempo* nos quais esses processos atuam (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Para que os processos proximais sejam efetivos, as interações devem ocorrer com regularidade, progressivamente mais complexas e em períodos prolongados de tempo. Podem se tornar processos proximais duradouros os seguintes exemplos: alimentar ou consolar um bebê, brincar com uma criança

pequena, atividades criança-criança, brincar sozinho ou em grupos, aprender novas habilidades, fazer planos, adquirir novos conhecimentos (BRONFENBRENNER, 1994; 1995; BRONFENBRENNER; CECI, 1994; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). Os padrões de comportamento como negligência, abuso ou dominação inferem baixos níveis de processos proximais porque reduzem as possibilidades de interações recíprocas cada vez mais complexas (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

As características da *pessoa* podem influenciar o desenvolvimento pela sua capacidade de afetar os processos proximais e também como um resultado do desenvolvimento, representado pelas características pessoais que emergem mais tarde, no curso da vida. São de três tipos: *força*, *recurso* e *demanda*. As características de *força* são disposições comportamentais que podem colocar os processos proximais em ação (características *geradoras*), como por exemplo, curiosidade, iniciativa para atividades com outros, responsividade, ou, de modo inverso, protelar ou impedir sua ocorrência (características *desorganizadoras*), como por exemplo, impulsividade e dificuldades para manter o controle sobre emoções e comportamento, assim como a apatia, sentimentos de insegurança, timidez excessiva (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

As características de *recurso* são constituídas pelas suscetibilidades e habilidades biopsicológicas que influenciam a capacidade da pessoa em se engajar efetivamente nos processos proximais. Podem ser condições que limitam a integridade funcional (problemas genéticos, baixo peso ao nascimento, doenças crônicas severas) ou condições que ampliam o poder dos processos proximais de forma construtiva (conhecimentos, habilidades e experiências que foram

adquiridos ao longo do tempo). Já as características de *demanda* são aquelas que podem dissuadir ou atrair as relações do ambiente social, promovendo ou não os processos proximais - bebê agitado *versus* bebê tranquilo, aparência física não atrativa *versus* atrativa (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Na teoria bioecológica, o terceiro componente do modelo PPCT refere-se ao *contexto* ecológico, representado em quatro níveis nomeados *microssistema*, *mesossistema*, *exossistema* e *macrossistema*. O *microssistema* é o ambiente mais imediato, definido como um padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais vivenciadas face-a-face em um ambiente, tendo como exemplos a família, a escola, o ambiente de trabalho. As interações recíprocas dentro do microssistema ocorrem não somente entre pessoas, mas também com objetos e símbolos, sendo mais importante como o ambiente é *percebido* pela pessoa e não conforme a realidade “objetiva” (BRONFENBRENNER, 1994; 1995). A *díade*, formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas atividades uma da outra ou dela participam, é uma das unidades básicas de análise. Quando o ambiente de pesquisa contém mais de duas pessoas, o modelo analítico precisa levar em conta a influência indireta de terceiras pessoas sobre a interação entre os membros de uma *díade* e são referidas como “outros significativos”. Seus sistemas de crenças podem estimular ou manter a interação recíproca com a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 1994; 1995). Este tipo de influência indireta é referido como *efeito de segunda ordem* (BRONFENBRENNER, 1974; 1977).

O conjunto de microssistemas nos quais a pessoa em desenvolvimento participa diretamente e as relações entre elas são designados de *mesossistema*,

tendo como exemplo as relações entre a família e a escola. As relações que ocorrem em dois ou mais ambientes em que pelo menos em um deles a pessoa em desenvolvimento não está inserida, mas nos quais ocorrem eventos que podem influenciar indiretamente o seu desenvolvimento constituem o *exossistema*, exemplificado pelo ambiente de trabalho dos pais, a rede de apoio social e a vizinhança da família, quando se considera uma criança em desenvolvimento, ou até mesmo programas de televisão, se estes exercerem efeito sobre os pais na sua interação com os filhos. Em um nível mais amplo, os padrões globais de ideologia e organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou subcultura são referidos como *macrossistema* (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 1994).

A dimensão *tempo* é apresentada em três níveis sucessivos: *micro*, *meso* e *macrotempo*. O *microtempo* se refere à continuidade ou descontinuidade dos episódios que acontecem nos processos proximais, o *mesotempo* é relativo à periodicidade desses episódios através de períodos maiores de tempo, como dias e semanas, e o *macrotempo* tem o seu foco nas expectativas e eventos em mudança na sociedade através de gerações, visto que eles afetam e são afetados durante o curso de vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

O desenvolvimento da pessoa pode ser influenciado também por mudanças biológicas e sociais que ocorrem no curso de vida, denominadas transições ecológicas, envolvem alterações de papéis e atividades (de esposa para mãe, de criança em casa a aluno na escola, de criança para adolescente). Frequentemente envolvem mais de um ambiente, com processos recíprocos ocorrendo dentro destes ambientes e entre eles - a criança entra na creche, um

novo emprego em outra cidade, mãe e bebê voltam para casa após internação hospitalar (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 1977).

Os processos proximais funcionam como um mecanismo de estimulação do potencial genético para o desenvolvimento psicológico eficiente e assim fornecem também conteúdo em potencial para interações com o ambiente externo. A hereditariedade pode ser influenciada pelas condições do ambiente na aquisição de algumas habilidades, como, por exemplo, aprender uma língua estrangeira ou tocar um instrumento musical, de forma que o estabelecimento dos processos proximais se encontra em vantagem nos ambientes onde existem os recursos necessários, ou estes são providenciados (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

Para o planejamento de um estudo científico do desenvolvimento humano baseado na TBDH, os elementos do modelo PPCT devem ser considerados interdependentes e analisados em termos de sistemas, considerando a continuidade e as alterações nas características biopsicológicas dos seres humanos e um *design* de pesquisa capaz de acessá-los. Trata-se de uma estratégia de elaboração de pesquisa no *modo descoberta* que envolve uma série de formulações e análise de dados. O investigador busca “controlar por inclusão” o máximo possível de contrastes ecológicos teoricamente relevantes. Os resultados de cada estágio sucessivo de análise são validados no próximo, de formulação mais diferenciada, e as generalizações que emergem de uma dada investigação são validadas em comparação com os achados de outros estudos relacionados ao fenômeno investigado, mas com o foco específico nos componentes do modelo PPCT. O desenvolvimento de novas hipóteses

alternativas e delineamentos de pesquisa a partir de um estudo no *modo descoberta* permitirá que se organizem variáveis para que sejam submetidas a testes experimentais em pesquisas futuras, no *modo verificação*. Além disso, fornecerá bases científicas para a elaboração de políticas públicas levando-se em consideração as situações emergentes que possam vir a influenciar negativamente o desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 2001; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

A maioria dos blocos construtores da teoria são conceitos familiares nas ciências comportamental e social como díade, papel, ambiente, rede social e cultura. O que é novo é a forma com que essas entidades se relacionam entre si e ao curso do desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1979/1996), representando uma integração dos elementos conceituais dentro de cada projeto de pesquisa (BRONFENBRENNER, 1995). O modelo bioecológico (PPCT) apresentado na teoria, assim como o seu *design* de pesquisa correspondente, passou por um processo de desenvolvimento durante o período de sua própria evolução ao longo do tempo, sem perder, no entanto, o seu foco integrativo e interdisciplinar, além do seu interesse explícito na aplicação às políticas e programas públicos direcionados ao desenvolvimento familiar e da juventude visando o bem-estar dos seres humanos (BRONFENBRENNER, 2001).

2.2. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A investigação científica na área de Ciências Humanas e Sociais teve um novo impulso para a compreensão dos fenômenos sociais, com a inclusão de uma perspectiva teórica de valorização do conhecimento da vida cotidiana, entre os procedimentos teórico-metodológicos disponíveis, a partir da elaboração da Teoria das Representações Sociais (TRS) por Moscovici em 1961. Segundo este autor a TRS consiste numa forma de conhecimento individual e partilhada por um grupo social, através da qual “[...] os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas [...]” (MOSCOVICI, 1978, p. 28).

As representações sociais (RS) convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos, dando-lhes uma forma definitiva, localizada em uma categoria e gradualmente partilhada por um grupo de pessoas como um modelo. São também prescritivas, ou seja, as representações que são partilhadas por muitos indivíduos penetram e influenciam a mente de cada um. O poder e a clareza peculiares das RS advêm do sucesso com que controlam a realidade de hoje pelo passado e da pressuposição de sua continuidade. As RS são criadas no decurso da comunicação e da cooperação entre pessoas e grupos, mas adquirem vida própria, circulam, se atraem e se repelem, dando lugar ao surgimento de novas representações, enquanto outras desaparecem. As RS se referem ao universo consensual e sua finalidade é tornar familiar algo desconhecido ou incomum, incluindo-o em uma categoria conhecida (MOSCOVICI, 2003).

A TRS se apresenta como uma das vias de acesso à compreensão de como os indivíduos em uma dada comunidade criam sentido aos mais diversos objetos sociais, com a finalidade de familiarizarem-se com os fenômenos

(VASCONCELOS; VIANA; SANTOS, 2007). O interesse da TRS é no saber do senso comum, partilhado com o grupo através das trocas e interações cotidianas, permitindo dessa forma a comunicação destes indivíduos e a orientação de seus comportamentos (VALA, 1997). Essas práticas comunicativas do cotidiano transformam estes saberes, atos e afetos em representações sociais que irão retroalimentar a vida cultural. Ultrapassando as estruturas existentes na vida social, as RS oferecem a possibilidade da novidade, da autonomia, uma relação com o ausente e um meio de evocar o possível (JOVCHELOVITCH, 2000).

A TRS lida com a diversidade de saberes oriundos das múltiplas culturas circulantes na sociedade. A representação é uma construção de grupos específicos e, portanto, uma versão da realidade singular e própria destes, a partir do recorte efetuado pelo pesquisador conforme seu objeto de estudo e da sua interpretação dos resultados, em associação ao contexto. É uma versão dos referenciais do próprio grupo captada pelo olhar do pesquisador apoiado na teoria, que irá fundamentar a interpretação dos dados de forma a inseri-los em uma rede de sentidos (ARRUDA, 2005).

As proposições básicas de Moscovici são referidas como a *grande teoria*, e a partir desta originam-se

[...] três correntes teóricas complementares: uma mais fiel à teoria original, liderada por Denise Jodelet, em Paris; uma que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Willem Doise, em Genebra; uma que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, liderada por Jean-Claude Abric, em Aix-em-Provence (SÁ, 1998, p. 65).

Não se tratam de abordagens incompatíveis uma vez que todas provêm da mesma teoria básica. Na perspectiva de Denise Jodelet tem-se uma sistematização da TRS, com a contribuição de considerar relevantes também os

comportamentos e práticas sociais das pessoas e grupos ao se analisar suas representações (SÁ, 1998). A forma de o indivíduo ver, pensar, conhecer, sentir e interpretar seu mundo, e sua existência nele, desempenha um papel indiscutível na orientação e reorientação das práticas sociais do grupo. Não se trata de um indivíduo isolado em seu mundo, mas sim de “um indivíduo autenticamente social, um sujeito que interioriza e se apropria das representações, intervindo ao mesmo tempo em sua construção” (JODELET, 2008, p. 37). A autora reforça o princípio da TRS de que toda representação é a representação de um objeto para um sujeito. Esse sujeito no campo de estudos das representações sociais refere-se a processos que implicam dimensões psíquicas e cognitivas, a reflexividade mediante o questionamento e o posicionamento frente à experiência (JODELET, 2008).

A abordagem da TRS na visão de Willen Doise considera que a posição ou inserção social dos indivíduos e grupos é um determinante principal de suas representações, ou seja, o autor contempla os aspectos mais sociais das representações, aqueles coletivos e ideológicos (SÁ, 1998). Na realidade das relações entre o individual e o social, os processos se desenvolvem ao mesmo tempo dos dois lados nas negociações do indivíduo com outros indivíduos e grupos. Nesse aspecto é que o autor destaca a relevância das representações sociais, constituindo uma parte importante da realidade social e a modulando (DOISE, 2002).

A corrente teórica complementar para analisar as representações sociais, apresentada por Jean-Claude Abric em 1976, formalizou-se como a teoria do núcleo central. Enfatiza especificamente o conteúdo cognitivo das

representações, não como uma simples coleção de ideias e valores, mas como um conjunto organizado ou estruturado em um sistema central e um sistema periférico (SÁ,1998). O significado global da representação é atribuído aos elementos do núcleo central, com características de estabilidade. O sistema periférico tem características de flexibilidade, constitui a interface com as situações e práticas concretas da população estudada e é mais sensível à influência do contexto social imediato (ABRIC, 1993; SÁ, 1998).

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA DA TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL

A organização interna das representações sociais é orientada pela ação coordenada de seus dois componentes, o sistema central e o sistema periférico. Ambos apresentam funções específicas, mas complementares, e a interação entre eles é fundamental na constituição, evolução e transformação das representações. O núcleo central de uma representação social é fortemente marcado pela memória coletiva e sistema de normas do grupo, é consensual, define a homogeneidade do grupo e é relativamente independente do contexto social imediato. Tem como função produzir o significado da representação e determinar sua organização. O sistema periférico propicia a integração de experiências individuais e mantém a heterogeneidade do grupo social. Sua função é permitir adaptação à realidade concreta e proteger o núcleo central. É o sistema periférico que absorve primeiro uma informação ou evento novo, capaz de

desafiar o núcleo central. Enquanto as representações sociais são consensuais em seu núcleo central, diferenças interindividuais podem ser toleradas em seu sistema periférico (ABRIC, 1993).

Na teoria do núcleo central contradições aparentes puderam ser conciliadas de forma estruturada e dinâmica. Como contribuição relevante para a pesquisa destacam-se as concepções sobre a transformação e a comparação entre representações. A transformação das representações começa sempre pelo sistema periférico em virtude de alterações nas práticas sociais. Com referência à comparação entre representações elaboradas por dois grupos distintos ou por um mesmo grupo com variação de momentos, de acordo com a teoria do núcleo central essas representações serão diferentes unicamente se os núcleos centrais apresentarem composições significativamente diferentes. Caso contrário,

[...] tratar-se-á de estados diferencialmente ativados da mesma representação, em função das situações específicas em que se encontrem os dois grupos ou, no caso de um mesmo grupo, do estágio em que se encontre o processo de transformação da sua representação (SÁ, 1998, p. 77-78).

Um dos métodos possíveis tendo como base a teoria do núcleo central é a técnica da evocação ou associação livre, por meio da qual se pode ter acesso ao universo semântico da representação de forma rápida e simples, acessando o núcleo central mais facilmente devido ao caráter espontâneo da técnica. Considerando as variáveis frequência e ordem de evocação podem ser estudados os sentidos atribuídos ao objeto, como se organizam e se relacionam hierarquicamente entre si gerando uma estrutura com elementos do sistema central e do sistema periférico (VASCONCELLOS; VIANA; SANTOS, 2007).

Para a aplicação dessa técnica, uma palavra ou termo indutor é apresentado aos participantes da pesquisa solicitando a evocação de palavras ou frases curtas (PEREIRA, 2005). A questão clássica utilizada para coletar as evocações é “O que você pensa, sente ou imagina quando eu falo...” Acrescenta-se, então, o termo indutor que se quer pesquisar. Recomenda-se que o participante tente evocar cinco palavras ou pequenas frases (VERGÉS; SCANO; JUNIQUE, 2000).

As respostas evocadas por essa técnica são analisadas em uma etapa preliminar em que é realizada uma homogeneização inicial, para padronizar as palavras masculinas/femininas, plural/singular e termos similares, desde que isso não seja significativo para o todo, visando a manutenção das evocações com a maior frequência e evitando a dispersão de palavras. Essa etapa não visa reduzir os sinônimos ou formar grupos de palavras por sua raiz ou ainda substituir palavras por uma categorização (VERGÉS; SCANO; JUNIQUE, 2000; PEREIRA, 2005; SÁ et al., 2009).

Na sequência, os dados obtidos são inseridos em uma planilha do *software* Excel, na qual se deve dispor de uma primeira coluna com o número de ordem do sujeito, digitar as palavras na ordem em que foram evocadas e salvar a planilha na opção CSV (separado por vírgulas). Quando a unidade léxica compreende várias palavras é necessário substituir os espaços por um traço, como por exemplo, *custo-de-vida*. Para processar estatisticamente os dados obtidos utiliza-se o *software* EVOC - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations*, ou seja, um conjunto de programas que permitem a análise das evocações (VERGÉS; SCANO; JUNIQUE, 2000). A partir da análise estatística

pelo software EVOC é possível a apreensão da estrutura interna de uma representação social (ALMEIDA; SANTOS, 2011).

Esse *software* possibilita combinar a frequência em que cada palavra é evocada com a atribuição de sua ordem de importância, organizando graficamente as evocações em um “quadro de quatro casas”. A frequência reflete o quanto a evocação é compartilhada e a menor ordem de evocação se refere à maior presença na memória imediata dos integrantes do grupo. O quadrante superior esquerdo (primeiro quadrante) compreende as palavras muito frequentes e citadas primeiramente o que as coloca entre os constituintes mais prováveis do núcleo central da representação, enquanto as palavras situadas nos demais quadrantes compõem o sistema periférico. As palavras situadas no quadrante superior direito (segundo quadrante) constituem a periferia mais próxima e com a possibilidade de alguma delas fazer parte do núcleo central (primeira periferia). No quadrante inferior esquerdo (terceiro quadrante) estão localizadas as palavras pouco frequentes, mas consideradas de muita importância pelos sujeitos (zona de contraste), que pode estar associada a uma representação distinta da maioria, ou mesmo a um processo de transformação da representação. No quadrante inferior direito (quarto quadrante) situam-se as palavras pouco frequentes e com ordem de evocação acima da média, consideradas pouco importantes pelos sujeitos, formando visivelmente a periferia distante ou segunda periferia (SÁ, 1998; VERGÉS; SCANO; JUNIQUE, 2000; PEREIRA, 2005; SÁ et al., 2009; ALMEIDA; SANTOS, 2011).

Após o processamento dos dados pelo programa, a próxima etapa é a interpretação dos dados. Cabe ao pesquisador explicar o que significa e o que

justifica os elementos do núcleo central, associado aos elementos periféricos, considerando o contexto (ARRUDA, 2005), bem como fundamentar possíveis interações com representações sociais que não foram diretamente investigadas (CAMARGO; WACHELKE, 2010). Conforme o objeto de estudo, é aconselhável a complementaridade entre as técnicas para acessar as representações sociais para que possam ser obtidas todas as vertentes da lógica natural em se que enquadram as ideias que circulam na sociedade e como elas se organizam cognitivamente na mente dos sujeitos (PEREIRA, 2005).

Como um dos propósitos deste estudo foi a investigação do uso de chupeta a partir da análise longitudinal de recém-nascidos pré-termo acompanhados até os dois anos de idade a partir das respostas de suas mães, considerou-se que a avaliação estrutural das representações sociais dessas mães sobre a imagem de um bebê e objetos relacionados ao bebê poderia trazer elementos importantes que pudessem enriquecer o estudo e verificar se a chupeta se configuraria como um objeto nas suas representações sociais.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo consistiu em investigar a avaliação de mães de recém-nascidos pré-termo acerca da introdução e uso (ou não) de chupeta e sua relação com a qualidade do relacionamento com seus bebês, partindo-se do contexto da internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), com acompanhamento longitudinal semestral durante os dois primeiros anos de vida do bebê.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O planejamento deste estudo possibilitou a elaboração dos objetivos específicos de acordo com a organização teórico-metodológica proveniente de cada uma das teorias de investigação envolvidas na estratégia qualitativa de análise, apresentadas a seguir.

Considerando a Teoria das Representações Sociais pela abordagem cognitivo-estrutural na perspectiva do núcleo central, o estudo teve como objetivo específico:

- 1) Identificar e comparar a estrutura das representações sociais de mães de recém-nascidos pré-termo sobre “bebê” e “objetos de bebê”, elaboradas em dois contextos diferentes, durante a internação de seus filhos em

unidade de terapia intensiva neonatal e aos doze meses de idade cronológica (Estudo 1).

Sob o domínio da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, o estudo objetivou:

- 2) Conhecer as vivências e expectativas de mães com recém-nascidos pré-termo internados em unidade de terapia intensiva neonatal avaliando o estabelecimento dos processos proximais iniciais entre mãe e filho (Estudo 2).
- 3) Conhecer as expectativas de mães de recém-nascidos pré-termo internados em UTIN e sua vivência nos primeiros seis meses de relação com seu bebê para lidar com a sucção nutritiva e não nutritiva (Estudo 3).
- 4) Investigar a avaliação de mães de bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN quanto a características de temperamento, sucção nutritiva e não nutritiva, e quanto à constituição e atuação do apoio social aos 06, 12, 18 e 24 meses (Estudo 4).
- 5) Investigar a avaliação de mães de bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN quanto à qualidade dos processos proximais e o hábito de sucção de chupeta nos primeiros dois anos de vida (Estudo 5).

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 POPULAÇÃO-ALVO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O delineamento deste estudo foi no âmbito da pesquisa longitudinal sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta, realizado em Vitória-ES no período de fevereiro de 2011 a junho de 2013, envolvendo mães de recém-nascidos pré-termo (RNPTs) internados em duas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs). Foram incluídas nesse estudo a UTIN particular Neocare – Cuidados Intensivos e Integrados em Neonatologia (UTIN A) e a UTIN do hospital universitário, pertencente ao sistema público de saúde (UTIN B).

Como critérios de inclusão, foram considerados pré-termo os recém-nascidos (RNs) com idade gestacional inferior a 37 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), cujas famílias residissem nos municípios da região metropolitana de Vitória ou municípios vizinhos, e cujas mães tivessem disponibilidade para participar da pesquisa longitudinal. Como critérios de exclusão, não foram selecionados os RNs que apresentaram distúrbios neurológicos e síndromes. Quanto às mães, não foram incluídas no estudo aquelas com comprometimento cognitivo, diagnóstico de depressão, usuárias de drogas e aquelas cujo filho recém-nascido (RN) ficaria sob a tutela do Juizado da Infância e da Juventude. Para esta pré-seleção foram consultados dados dos prontuários e informações dos profissionais das UTINs.

De acordo com a idade gestacional, os recém-nascidos foram classificados em: RN pré-termo extremo (<30 semanas), RN muito prematuro (30 a 33 semanas e seis dias) e RN pré-termo tardio (34 a 36 semanas e seis dias),

seguindo o critério de prematuridade (<37 semanas). A classificação de acordo com o peso ao nascimento foi a seguinte: RN de extremo baixo peso (<1.000 gramas), RN de muito baixo peso (1.000 a 1.499 gramas) e RN de baixo peso (1.500 a 2.499 gramas). Os recém-nascidos também foram classificados conforme a adequação do peso à idade gestacional em PIG (pequeno para sua idade gestacional), quando peso ao nascimento era inferior ao peso indicado no percentil 10 para a idade gestacional, AIG (adequado para sua idade gestacional), quando o peso situava entre o percentil 10 e percentil 90, e GIG (grande para sua idade gestacional), quando o peso era maior que o valor indicado no percentil 90 para a idade gestacional (IBIDI; CARDOSO, 2011).

A distribuição das participantes por classificação econômica foi realizada de acordo com o protocolo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2010), que enfatiza a segmentação conforme o poder aquisitivo das famílias e escolaridade do chefe da família. A divisão é realizada por classes econômicas, em ordem decrescente do maior para o menor poder de compra, sendo elas as classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. A escolaridade foi classificada pelo sistema de ensino brasileiro correspondendo ao ensino fundamental incompleto (EFI), ensino fundamental completo (EFC), ensino médio incompleto (EMI), ensino médio completo (EMC), ensino superior incompleto (ESI) e ensino superior completo (ESC).

O número de participantes selecionado para a primeira entrevista foi de 64, entretanto foram excluídos 02 (dois) casos em que as mães não concluíram a entrevista inicial e desistiram do estudo, permanecendo 62 participantes. Na primeira etapa, as entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro a junho de

2011 no contexto da internação dos seus filhos em UTIN, quando o RNPT estava em situação de médio-risco, constituindo a primeira fase do estudo. Na segunda etapa, as entrevistas foram realizadas na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), constituindo a segunda, terceira, quarta e quinta fases. A totalidade do estudo compreendeu, então, duas etapas e cinco fases.

Após a primeira etapa, foram excluídos 02 (dois) casos em que os bebês tiveram sequelas neurológicas e 01 (um) caso em que o bebê faleceu ainda na UTIN, sendo consideradas válidas para o início do acompanhamento longitudinal as entrevistas iniciais de 59 participantes. Quando os bebês completaram seis meses de idade cronológica, as mães foram convidadas para participarem da segunda etapa, desenvolvida durante as consultas de acompanhamento odontológico dos bebês, porém sete mães desistiram de continuar no estudo devido à dificuldade de deslocamento até à Clínica (três eram do interior do Estado, três mães de gêmeos e uma com sua saúde geral comprometida). A segunda fase, referente à idade de seis meses, ocorreu no período entre os meses de agosto e dezembro de 2011, com 52 participantes, o que correspondeu a 83,9% do grupo que participou da primeira etapa e primeira fase (n=62). Duas participantes tiveram gestação gemelar, entretanto, os dados coletados referiram-se ao bebê de menor peso e/ou maior tempo de internação em UTIN. Considerando que os dados coletados se referiam à resposta da mãe, caso fossem incluídos os gêmeos seria uma resposta influenciando dois resultados.

Aos 12 meses de idade cronológica dos bebês permaneceram no estudo longitudinal 47 mães de RNPT, o que correspondeu a 75,8% do grupo inicial. Esta

terceira fase foi realizada no período de fevereiro a junho de 2012. Na quarta fase (18 meses) foram coletados os dados de 44 participantes e na quinta fase (24 meses) 40 participantes, entretanto o comparecimento a todas as fases foi possível somente para 33 participantes (53,2%). Os motivos para a desistência ou ausência em uma das fases foram variados e incluíram principalmente: mudança de cidade, nascimento de outro filho, nova internação hospitalar do bebê e doença de um familiar. A perda de contato ocorreu em apenas um caso.

Além da entrevista base aplicada para todas as participantes do estudo, 23 apresentaram todos os critérios de inclusão para uma entrevista complementar, considerando a seleção somente daquelas participantes cujos bebês receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo ou aleitamento materno com complementação de fórmula oferecida ao bebê com o auxílio de copo, excluindo-se os casos de alta hospitalar em uso de mamadeira. Não foram selecionadas as mães de gêmeos, as que residiam no interior do Estado e aquelas que não autorizaram gravação de voz. Durante o estudo longitudinal, a perda de amostra foi de quatro participantes para esse grupo do estudo complementar, pelos motivos já relacionados. Ao todo, 19 concluíram todas as fases do estudo complementar. Constatou-se, porém, que três bebês fizeram uso irregular de chupeta e quatro praticaram sucção digital, de forma que ao final selecionaram-se 12 participantes, como havia sido planejado inicialmente, sendo dois grupos compostos por seis participantes cujos bebês usaram chupeta ao longo dos dois anos de vida e seis participantes cujos bebês não apresentaram o hábito de sucção de chupeta e também não tiveram o hábito de sucção digital.

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS PARA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Em conformidade com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/1996, nº 251 de 07/08/1997 e nº 292 de 08/07/1999 ¹, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo sob o nº 249/10 e aprovado em 08 de dezembro de 2010 (ANEXO A). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aprovado nesta mesma data (APÊNDICE A) e adaptado para autorização pelos responsáveis nos casos em que as mães eram menores de idade (APÊNDICE A1).

Cada uma das mães participantes recebeu previamente informações sobre os objetivos da pesquisa. As entrevistas foram precedidas pela leitura do TCLE, que era assinado caso ela concordasse com sua participação. Quando a mãe era menor de idade o termo foi assinado por um responsável. Para que não ocorresse interferência na pesquisa por parte dos profissionais das equipes dos hospitais e direcionamento das mães quanto ao tema principal, a apresentação do título da pesquisa foi: “Hábitos comportamentais da criança nascida prematura e a interação mãe-bebê nos primeiros dois anos de vida”, conforme apresentado no

¹ As resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/1996, nº 251 de 07/08/1997 e nº 292 de 08/07/1999 foram revogadas em 12 de dezembro de 2012 e substituídas pela Resolução CNS nº 466, homologada nesta mesma data.

TCLE. As passagens foram custeadas pela pesquisadora, a participação na pesquisa foi voluntária e a mãe poderia retirar a autorização a qualquer momento. A pesquisadora firmou compromisso de preservar a identidade da mãe e da criança e apresentar os resultados e discussão do tema em palestra a ser agendada. As mães das crianças que persistiram com o hábito de sucção de chupeta ou de dedo receberam instruções específicas sobre o planejamento para interrupção destes hábitos, após a entrevista realizada aos 24 meses de idade.

Após a primeira fase do estudo (realizada nas UTINs) foi notada a necessidade de inclusão de questões relacionadas à percepção das mães sobre um método utilizado nas UTINs para promoção da sucção não nutritiva dos bebês, com uma chupeta improvisada a partir do preenchimento com algodão de um dos “dedos” de uma luva de látex. A solicitação de inclusão de questões à pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética, mantendo o nº 249/10 (ANEXO B).

4.3 INSTRUMENTOS

4.3.1 Materiais utilizados

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes materiais: gravador de voz, baterias AAA, máquina fotográfica com recurso para filmagem, folhas de papel A4, tinta para impressora e caneta esferográfica. Para o atendimento odontológico dos bebês foram suficientes os equipamentos e materiais dentários de uso de rotina da Clínica de Odontopediatria da UFES.

4.3.2 Instrumentos para coleta dos dados

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram especificamente elaborados para esta pesquisa, constando de formulários e roteiros de entrevista semiestruturados:

- a) Formulário estruturado para coleta de dados sobre o recém-nascido, a partir de informações do médico e/ou profissionais de enfermagem e dos prontuários nas UTINs, contendo questões sobre tempo de internação, uso de sonda orogástrica e amamentação (APÊNDICE B);
- b) Entrevista com roteiro semiestruturado, gravada, realizada no período da internação hospitalar dos bebês, para coleta de informações relativas aos aspectos demográficos, econômicos, sociais e culturais das mães, (APÊNDICE C). Nesta etapa foi avaliada a classificação econômica da família, conforme critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ANEXO C e APÊNDICE D);
- c) Formulário para coleta de dados para avaliação do contexto da UTIN, conforme o método de observação do pesquisador nesse ambiente e informações da equipe multiprofissional, de acordo com o roteiro no APÊNDICE E;
- d) Entrevista com roteiro semiestruturado, gravada, para coleta de informações sobre alimentação do bebê após a alta hospitalar, oferta da chupeta e rede social de apoio (APÊNDICE F). Esta entrevista foi realizada aos 6 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses de idade dos bebês nascidos pré-termo;

e) Entrevista complementar com roteiro semiestruturado, gravada, que foi realizada para participantes selecionadas aleatoriamente após classificação de acordo com uso ou não de chupeta pelo bebê, e repetida a cada seis meses (APÊNDICE G).

f) Questão final aplicada a todos os participantes do estudo, que permaneceram até à última etapa (APÊNDICE H).

g) Formulário de controle do registro dos recém-nascidos internados, para auxiliar na triagem e abordagem das mães conforme critérios de inclusão na pesquisa (APÊNDICE I).

Durante a coleta dos dados foram também registradas anotações em diário de campo e uma gravação em vídeo de 15 minutos de duração realizada no decorrer da entrevista de 24 meses, que tinha o objetivo inicial de auxiliar no processo de análise das interações, caso fosse necessário. Alguns registros do diário de campo foram organizados no APÊNDICE J.

4.4 O TESTE PILOTO

O teste piloto foi executado nas duas fases da pesquisa, com o objetivo de estabelecer a validade de conteúdo dos formulários das entrevistas, averiguar a compreensão dos itens e calcular o tempo despendido para sua aplicação, de forma a verificar a viabilidade da pesquisa e poder executar eventuais correções.

Na primeira fase da pesquisa, que foi realizada na UTIN, a aplicação do teste de itens do roteiro da entrevista dirigida às mães (APÊNDICE C) foi executada com quatro participantes em cada UTIN, o que se mostrou suficiente devido à diversidade do grau de escolaridade obtida inicialmente. As alterações que se fizeram necessárias foram mínimas, incluindo as questões 31 a 36, quando foi invertida a ordem dessas perguntas, ficando mais claro para a compreensão das mães o questionamento sobre os “benefícios” e os “prejuízos” em primeiro lugar direcionado “para a criança” e depois “para a mãe”. Esta inversão foi realizada imediatamente a partir da segunda entrevista. Neste mesmo ANEXO existia uma questão sobre a origem étnica da mãe (italiana, portuguesa, alemã, africana, asiática) que foi excluída após o teste piloto porque a maioria não sabia respondê-la, o que é perfeitamente explicável devido à miscigenação étnica do povo brasileiro.

A maior alteração nesta fase ocorreu com relação ao APÊNDICE B – Coleta de dados neonatais. Inicialmente foi programado para que fosse respondido por um médico ou enfermeiro da UTIN, sobre os dados individuais de cada bebê. Esta fase de coleta de dados foi totalmente reestruturada na primeira semana de observação devido ao sistema de plantão dos profissionais e a dinâmica da rotina nas UTINs, tornando praticamente impossível obter a atenção de um profissional para responder de forma individual sobre a rotina de cada bebê. Por outro lado, os prontuários foram disponibilizados para acesso da pesquisadora, sendo possível adequar as questões originais do APÊNDICE B às informações que já constavam nos prontuários.

Para as questões relacionadas com o uso de chupeta, estimulação da sucção e alívio da dor em procedimentos invasivos foram realizadas entrevistas com alguns profissionais em cada UTIN, pois se tratavam de temas já elaborados em protocolos de atuação e, portanto, comuns para todos os RNs. Esses dados foram incluídos nas observações relacionadas à descrição do contexto das UTINs (páginas 66 a 74).

O tempo para realização de cada entrevista foi marcado no início e ao final, tendo havido uma variação entre 20 e 30 minutos de entrevista gravada. Em algumas vezes verificou-se a necessidade de interromper a entrevista para que a mãe pudesse proceder algum cuidado direto com o bebê ou receber alguma instrução dos profissionais. Incluído esse tempo eventual, no máximo a entrevista dentro do hospital se encerrava em 45 minutos.

Na segunda etapa da pesquisa, que consistiu de entrevistas de acompanhamento aos seis, 12, 18 e 24 meses de idade do bebê, o teste dos itens do roteiro (APÊNDICES F e G) foi executado com duas mães de bebês com 12 meses de idade, que se mostraram voluntárias, e para as quais havia a informação prévia de que um dos bebês usava chupeta e o outro não usava. As duas entrevistas se mostraram viáveis para execução em conjunto com o atendimento odontológico preventivo do bebê, com um tempo total de 60 a 80 minutos. Os itens foram de fácil compreensão, e as correções foram mínimas. Uma questão estava em duplicidade no protocolo dos APÊNDICES F e G, tendo sido excluída no APÊNDICE G.

A maior modificação realizada nas questões do APÊNDICE F foi a inclusão, somente para a entrevista realizada aos seis meses de idade do bebê, de três questões relacionadas à vivência das mães no contexto da UTIN. Essas questões se fizeram necessárias a partir da observação da pesquisadora sobre a prática de alguns profissionais das UTINs de oferecer uma espécie de chupeta feita com uma luva de látex, preenchida com algodão em um dos dedos, com o objetivo de promover sucção não nutritiva para acalmar o bebê, em momentos específicos de manipulação dolorosa e choro intenso. Durante o período de observação nas UTINs ficou a dúvida, entretanto, se as mães haviam percebido esse procedimento. Não estava claro, também, no prontuário qual foi a orientação recebida pelas mães na alta hospitalar quanto à alimentação do bebê, tendo sido incluída também uma questão a esse respeito (APÊNDICE F, questões a, b, c, d).

4.5 DESCRIÇÃO DOS AMBIENTES DA PESQUISA

4.5.1 UTIN Neocare – Centro Hospitalar Gran Mater

A estrutura física da UTIN Neocare - Cuidados Intensivos e Integrados em Neonatologia ocupava em 2011 cerca de metade do sétimo andar do edifício do Centro Hospitalar Gran Mater, um hospital particular com atendimento principal na área de maternidade e cirurgias eletivas. Os escritórios desta UTIN estavam concentrados em quatro salas de outra edificação localizada em frente ao hospital, para onde eram encaminhados os prontuários após a alta hospitalar dos bebês.

O acesso à UTIN era por intermédio de elevadores hospitalares. O espaço físico constava de uma sala de recepção com cadeiras, armários com chaves para guardar pertences do bebê e familiares, e um balcão para a funcionária responsável, entre outras atividades, pelos registros de internação e alta, gerenciamento da entrada das mães e das visitas de familiares.

Duas salas amplas constituíam o ambiente de internação dos neonatos, com paredes de coloração azul claro e uma faixa de papel de parede com desenhos infantis da arca de Noé. Na entrada da sala onde estavam os leitos com equipamentos para atender os recém-nascidos considerados de alto risco (sala do alto risco), um lavatório para higienização das mãos era utilizado por todos que adentravam neste espaço, e em frente ficava um armário com material descartável destinado à paramentação, inclusive para mães e familiares. Na sala do alto risco tinha um espaço com armários próprios para a localização dos prontuários, mesa para a equipe médica, e 10 leitos apropriados para UTIN, incluindo berço aquecido, berço-incubadora, incubadora umidificada para RNPTs, aparelho de fototerapia, oxímetro, CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) nasal neonatal, sonda orogástrica (SOG), SOG em bomba de infusão continuada, sonda nasogástrica (SNG), enfim, todo o equipamento necessário para o atendimento ao recém-nascido em uma UTIN. Ao fundo existia outro lavatório para uso das equipes médica e de enfermagem e saída para a sala de repouso. Para cada berço-leito existia uma cadeira destinada para a mãe acompanhante. A permanência da mãe era liberada entre 11h00 e 21h00, mas existia restrição conforme os procedimentos a serem realizados. A mãe e o pai eram incentivados

a tocar o bebê, mesmo quando em incubadora fechada, entretanto o RNPT extremo não podia ser colocado no colo.

A sala onde ficavam os leitos para os bebês que evoluíam para o médio risco, apresentava seis berços aquecidos, lavatório, cadeira para as mães, mesa e armário apropriados para a equipe manusear os prontuários. Nesta sala a permissão de permanência das mães era maior, entre 08h00 e 21h00, e elas já participavam dos cuidados como banho e troca de fraldas, além de poder segurar o bebê na posição “canguru”. Não havia um local para acomodar a mãe em alojamento conjunto. Integrando o espaço físico, existiam ainda duas pequenas salas com armários, mesa, computador e livros médicos relacionados à área e o outro espaço abrigava uma copa para os funcionários.

A equipe era formada por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos das especialidades de neonatologia e pediatria intensivista, em atendimento 24 horas, fisioterapeutas e psicólogos para atendimento diurno. Para outros tipos de serviços de saúde, como por exemplo, a fonoaudiologia, era feito o contato com o profissional que se deslocava até à UTIN. A psicóloga atuava no acolhimento das mães e familiares, estreitando o relacionamento com a equipe médica e incentivando os pais para o estabelecimento do contato físico com o RN, trabalhando na redução da insegurança inicial e fortalecimento do vínculo entre a mãe e o RN.

As atividades relacionadas a cuidados de enfermagem como banho e troca de leito, eram realizadas pela manhã, assim como a organização da rotina e a maior parte das coletas de sangue. As intercorrências e novas admissões eram

efetivadas em qualquer horário. A troca de fraldas era feita de três em três horas ou menos, caso houvesse necessidade, e a fralda era pesada para controle do balanço entre nutrição e eliminação. As fraldas descartáveis e as roupas eram fornecidas pelas famílias. À tarde e à noite procedia-se a continuação da rotina estabelecida, medicação e atenção às intercorrências. Se nenhum procedimento médico ou de enfermagem estivesse sendo efetuado, a luz ficava apagada para maior conforto ambiental dos bebês. Como todos os aparelhos e monitores tinham iluminação de controle, era possível visualizar toda a monitorização.

Nessa rotina inicial das manhãs e para qualquer procedimento invasivo, como por exemplo, puncionar uma veia, os pais não ficavam presentes; também eram convidados a se retirar da sala durante a execução desses procedimentos em outros bebês. A comunicação da equipe com os pais sobre o estado de saúde do RN era realizada pelos médicos de plantão em dois boletins diários e quando questionados pelos familiares.

No protocolo da UTIN para alívio da dor estavam incluídos métodos para estimular a sucção não nutritiva com a técnica do dedo enluvado, realizada por um profissional da equipe de enfermagem, o que demandava a presença de dois profissionais. Quando o procedimento iria ser executado por uma pessoa somente, a sucção não nutritiva era estimulada com o uso de uma luva de látex em que um dos dedos era preenchido com algodão, formando uma espécie de chupeta improvisada. Outra situação em que essa chupeta podia ser oferecida era nos casos de bebês que ainda continuavam com o choro inconsolável após terem sido checados todos os prováveis motivos de desconforto, mas apenas pelo tempo necessário para que se acalmasse. Quanto à chupeta industrializada,

existia a recomendação da equipe para que os familiares não a disponibilizassem para as crianças internadas, devido à possibilidade de interferência no estabelecimento do aleitamento materno.

Quanto à dieta do recém-nascido pré-termo, durante um período ele poderia permanecer em dieta oral zero com a SOG aberta e recebendo nutrição parenteral. O início da alimentação oral dependia da estabilidade clínica/hemodinâmica, podendo ser por SOG ou até mesmo o aleitamento materno para os casos mais estáveis. O alimento utilizado na sonda era leite materno pasteurizado e na ausência deste, uma fórmula láctea. O intervalo a cada duas ou três horas e o volume de leite eram prescrições médicas, que dependiam da capacidade gástrica, tolerância à dieta e peso de nascimento. Quando o recém-nascido estava em ar ambiente e estável, poderia ser iniciado o estímulo ao seio materno uma vez ao dia. O estímulo da sucção poderia ser feito, também, com o dedo enluvado, durante a dieta por SOG. Muitas vezes, a decisão dependia se a mãe estava ou não presente. O protocolo para a retirada da SOG e início da alimentação por sucção, utilizando o copo, era aplicado quando o recém-nascido estava com idade corrigida igual ou superior a 34 semanas e peso igual ou superior a 1.500 gramas, associado com reflexo de sucção e coordenação de respiração/deglutição. Havendo êxito, evoluía para aleitamento materno em demanda livre. Quanto à mãe, que podia ficar vários dias sem amamentar enquanto o bebê estava internado, recebia a orientação para procurar bancos de leite materno para fazer o estímulo da mama e a ordenha do leite. Dessa forma, quando houvesse a estabilidade do RN, ela estaria apta para amamentar.

4.5.2 UTIN do HUCAM

A localização da UTIN em 2011 era na mesma edificação do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), hospital pertencente à rede pública, com atendimento em várias especialidades médicas, no segundo andar, com acesso por escada ou elevador hospitalar, no mesmo andar onde funcionava a maternidade. O arquivo de prontuários após a alta ficava no mesmo setor de arquivo geral em frente ao hospital.

Um conjunto de seis cadeiras, em frente à porta de entrada da UTIN, constituía um corredor de recepção, sendo destinados às mães e acompanhantes nos horários em que o acesso à UTIN não era permitido. Três salas constituíam o ambiente de internação dos bebês, revestidas com fórmica de cor verde claro, contendo armários, com local para os prontuários, mesa para funcionários da equipe e lavatório apropriado para higienização das mãos. Uma dessas salas comportava quatro leitos específicos para RNPT extremo (Sala 1), uma sala ampla para seis leitos destinados a RN considerados de alto risco (Sala 2). Nessas duas salas ficavam todos os equipamentos para o atendimento ao RN em uma UTIN, entretanto era na Sala 1 que ficavam as incubadoras umidificadas para RNPT extremo. Outra sala ampla com cinco leitos era destinada aos casos de médio risco (Unidade Intermediária), comportando também uma poltrona individual ao lado de cada berço, destinada às mães para amamentar e segurar o RN junto ao corpo na posição “canguru”. Existiam ainda salas para prescrição, medicação, coordenação médica e de enfermagem, repouso, sala de utilidades e sala de reuniões. O material descartável de paramentação era fornecido aos pais.

O acesso da mãe era liberado 24 horas, mas existia restrição da sua permanência quando procedimentos invasivos eram realizados. Quando a mãe ainda estava internada, sua presença na UTIN era mais fácil, entretanto após a sua própria alta hospitalar o deslocamento, muitas vezes, era dificultado por problemas de ordem social. A estrutura do hospital contava com um serviço na área de Assistência Social, que fornecia passagens de ônibus e alimentação para as mães de famílias mais carentes. No mesmo andar, no setor de maternidade, um dos quartos era reservado para mães com bebês internados na UTIN, geralmente provenientes do interior, com vaga para três leitos. Tratava-se de um alojamento que facilitava o acesso delas para amamentar o bebê, mas funcionava com característica de albergue e não como uma enfermaria “canguru”, porque o bebê ficava separado da mãe. O acesso do pai à UTIN poderia ser entre 8h00 e 20h00.

A equipe contava com técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos das especialidades de neonatologia e pediatria intensivista, em atendimento 24 horas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos para atendimento diurno. Como se tratava de um hospital universitário, residentes e estagiários de Medicina e Enfermagem também atuavam na UTIN.

Quanto à rotina dos atendimentos, era semelhante aos procedimentos já descritos para a UTIN particular com relação aos cuidados, horários, comunicação com os pais sobre o estado de saúde do RN, não permanência dos pais durante a execução dos primeiros procedimentos invasivos, atuação do psicólogo, sucção não nutritiva como um dos itens do protocolo para alívio da dor, protocolo de introdução de alimentação oral (páginas 66 a 70), com a diferença de

que na UTIN do HUCAM existia a presença diária de fonoaudiólogos, que atuavam diretamente na estimulação da sucção não nutritiva no período de uso de SOG e SNG, estimulação e treinamento da mãe para a amamentação. Dependendo da estabilidade clínica/hemodinâmica do RN e sua resposta à estimulação sensório-motora-oral, a alimentação por sucção podia ser oferecida com o uso do copinho, ou outros procedimentos como *finger-feeding* (sonda adaptada ao dedo para que o RN possa receber o leite pela sonda enquanto a estimulação da sucção é realizada) e translactação (o bebê recebe o leite pela sonda, enquanto está realizando a sucção no peito, para estimular a produção do leite materno). Os fonoaudiólogos atuavam também na decisão junto com os médicos quando da necessidade de introdução da mamadeira, como nos casos de RNs que não seriam amamentados devido a problemas de saúde da mãe ou aqueles sob a tutela do Juizado da Infância e da Juventude ou, até mesmo, a introdução da chupeta, o que ocorreu para um RN nascido a termo no pós-operatório cirúrgico.

Existia um banco de leite humano no próprio hospital, no andar térreo, o que facilitava o acesso de todas as mães para proceder à estimulação e extração do leite materno, e disponibilizar o seu próprio leite para o filho. Outra forma de apoio que as mães tinham era uma oficina de artesanato que funcionava uma vez por semana com duas mulheres voluntárias, destinada a ensinar às mães a produzir peças de artesanato para o bebê, denominado “Projeto Cuca Fresca”.

Entretanto, no período de coleta dos dados (fevereiro a junho de 2011), ocorreram alguns problemas relacionados a essa estrutura descrita. No primeiro deles, houve a interdição da sala da Unidade Intermediária por ter ocorrido

infiltração e desabamento de parte do revestimento do teto. Os bebês foram transferidos para outra unidade no mesmo andar e a sala passou por um período de reforma geral. Cerca de 30 dias depois, alguns bebês desta mesma unidade foram acometidos por um surto de gripe e foram transferidos para outro setor, a permanência das mães ficou restrita e elas passaram a usar máscara o tempo todo. Por fim, dois meses depois houve nova interdição por infiltração na mesma sala e a Unidade Intermediária foi temporariamente adaptada na sala que antes era destinada ao alojamento das mães. Foram problemas relacionados à estrutura física, mas que evidenciaram ainda mais a enorme dedicação dos profissionais à manutenção do atendimento aos RNs e suas mães.

4.5.3 Clínica de Odontopediatria da UFES

No complexo estrutural de clínicas que compõem o HUCAM, mais conhecido como Hospital das Clínicas, várias edificações abrigavam as diversas especialidades relativas aos cursos de graduação na área de Ciências da Saúde. A Clínica de Odontopediatria, situada à esquerda no início da ladeira de acesso ao HUCAM, funcionava no Ambulatório I do Instituto de Odontologia da UFES (IOUFES), responsável pelo gerenciamento do Curso de Odontologia. A estrutura física da Clínica era composta por uma sala de recepção, sala para radiografias, duas salas de professores, dois banheiros, copa para os funcionários, um espaço interno amplo que abrigava 14 equipamentos odontológicos, separados entre si por meia parede de alvenaria e vidro. Neste espaço foi construída uma sala fechada isolando dois equipamentos odontológicos destinados ao atendimento de

bebês, com paredes revestidas de azulejo decoradas com desenhos infantis, armários e um lavatório. A segunda fase da pesquisa, incluindo da segunda à quinta etapas, foi toda desenvolvida nesta última sala.

O planejamento da pesquisa considerou o período de férias dos funcionários, de forma que os participantes foram selecionados com base na data de nascimento entre os meses de fevereiro a junho para que os atendimentos semestrais coincidisse com os meses de funcionamento normal do IOUFES durante o ano letivo da Universidade, especialmente quanto à Central de Esterilização e Central de Compressores, necessários para o funcionamento dos equipamentos odontológicos. Dois períodos de greve não afetaram o andamento da pesquisa porque os funcionários entenderam a necessidade de seguir o cronograma pré-estabelecido da pesquisa e fizeram uma exceção, já que o atendimento era pontual e limitado a duas vezes por semana. Para auxiliar no atendimento odontológico dos bebês foi elaborado um Projeto de Extensão denominado “Estratégias de Promoção de Saúde Bucal para Bebês” (DADALTO et al., 2014), que passou a contar com um bolsista, acadêmico de Odontologia.

4.6 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NAS UTINs

O processo de seleção dos participantes da pesquisa conforme critérios previamente definidos (páginas 56 e 57) foi iniciado no dia 11/02/2011 na UTIN Neocare do Centro Hospitalar Gran Mater e se estendeu até o dia 27/06/2011 (21 semanas). Nesse período foram realizadas 46 visitas à UTIN para verificar a

disponibilidade das mães para a entrevista, verificar a evolução clínica dos bebês, aqueles que estavam no alto e no médio risco, aqueles que receberam alta hospitalar ou os que foram transferidos para outro hospital.

Os dados de 115 recém-nascidos internados nesta UTIN foram anotados em um formulário de controle (APÊNDICE I), constando de nome da criança e da mãe, data de nascimento do RN, peso, idade gestacional, cidade de residência da família, e se o leito estava na sala do alto ou do médio risco. Estas informações iniciais se faziam importantes para direcionar a triagem conforme os critérios de seleção, ou seja, recém-nascidos pré-termo, com idade gestacional inferior a 37 semanas, que não apresentassem distúrbios neurológicos, que já estivessem no setor de médio risco, cujas famílias residissem nos municípios da Grande Vitória ou municípios vizinhos, e cujas mães tivessem disponibilidade para participar da pesquisa longitudinal. Desse total de 115 recém-nascidos, 38 não eram pré-termo, 08 (oito) foram transferidos para outro hospital seguindo critérios do plano de saúde, em 07 (sete) casos as famílias eram do interior do Espírito Santo ou de outro Estado, 06 (seis) RNs foram a óbito, 05 (cinco) ainda estavam internados no alto risco quando do encerramento da coleta dos dados, em 07 (sete) casos não foi conseguido realizar o contato com a mãe devido ao curto período de internação dos RNs, em 03 (três) casos a mãe não aceitou participar da pesquisa longitudinal devido a questões relacionadas ao retorno ao trabalho, e 37 mães foram selecionadas para participação neste estudo.

Na UTIN do HUCAM, a seleção dos participantes da pesquisa iniciou no dia 17/02/2011 até o dia 27/06/2011 (20 semanas). Foram realizadas 44 visitas, planejadas com regularidade média de duas vezes por semana, seguindo a

evolução dos bebês do alto para o médio risco. As três últimas semanas nesta UTIN foram atípicas para a seleção de participantes porque permaneceram internados no alto risco quatro recém-nascidos pré-termo extremo e os outros leitos foram ocupados por RNs que não eram pré-termo ou as famílias residiam no interior, portanto não se incluíam nos critérios de seleção.

Neste período, foram anotados os dados de 100 RNs internados, sendo que 41 não eram nascidos pré-termo, 02 (dois) foram transferidos para outro hospital, 04 (quatro) eram de famílias do interior, 06 (seis) foram a óbito, 04 (quatro) RNs ainda estavam internados no alto risco, em 08 (oito) casos não foi conseguido realizar contato com a mãe, em 01 (um) caso a mãe não aceitou participar da pesquisa alegando que já tinha plano de saúde com assistência odontológica, 03 (três) recém-nascidos foram encaminhados para abrigo/adoção (dois filhos de mães usuárias de drogas e um filho de adolescente de 13 anos cuja família não se propôs a assumir o bebê), 01 (um) bebê apresentava comprometimento neurológico grave e 27 mães foram selecionadas.

O maior número de mães selecionadas na UTIN Neocare – Gran Mater se fez necessário devido à eliminação de duas participantes que interromperam a entrevista nas primeiras perguntas e não quiseram mais participar, um caso em que o RN faleceu e um caso de seqüela neurológica. Além disso, 06 (seis) RNs estavam internados em leito disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, de forma que a renda familiar e a escolaridade das mães se aproximavam das participantes da pesquisa selecionadas no HUCAM.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS E AVALIAÇÃO ESTATÍSTICA

As entrevistas gravadas foram transcritas e numeradas sequencialmente. A seguir as questões abertas foram categorizadas por aproximação semântica, com base na análise de conteúdo (BARDIN, 1977). O delineamento da pesquisa teve como base a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) utilizando o modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT), considerando-se a interdependência dos seus elementos (BRONFENBRENNER, 2001).

As respostas de cada item do roteiro da entrevista, após análise de conteúdo, foram tabuladas utilizando o editor de dados SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 18.0 para Windows (SPSS INC., CHICAGO, IL, USA). Alguns dados foram analisados por meio de estatística descritiva e análises bivariadas para verificar a relação entre as variáveis, utilizando-se o teste Qui-quadrado, procedimentos estes que foram realizados nos Estudos 2, 3 e 4. Para as tabelas cruzadas, que apresentaram células com resultados esperados menores do que cinco para a hipótese nula, foi utilizado o teste Exato de Fisher, quando a variável de exposição admitia duas categorias, ou a Razão da Máxima Verossimilhança para os casos de mais de duas categorias. Para as variáveis métricas, após a aplicação do teste de normalidade Shapiro-Wilk, a comparação foi realizada por meio do teste *t* para médias quando a distribuição foi adequada ao modelo de Gauss, ou por meio do teste de Mann-Whitney (não-paramétrico) quando a distribuição não foi gaussiana (DAWSON; TRAPP, 2003; FIELD, 2009).

Especificamente para o Estudo 1 o delineamento foi baseado na Teoria das Representações Sociais com enfoque na perspectiva do núcleo central (ABRIC, 1993). Para processar estatisticamente esses dados obtidos pela técnica da evocação foi utilizado o *software* EVOC 2003 - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* (VERGÈS; SCANO; JUNIQUE, 2000).

Para o Estudo 5, a metodologia de análise dos dados foi exclusivamente qualitativa. A avaliação de sentido do conteúdo das respostas das mães participantes foi realizada conforme orientações de Bardin (1977), tendo como prioridade a inclusão do maior número de contrastes relevantes, independente de sua frequência. Além da estratégia de planejamento, a elaboração e a análise dos dados foram fundamentadas na TBDH, com foco nos quatro componentes do modelo PPCT (BRONFENBRENNER, 2001).

Comparando as características das participantes que permaneceram no estudo (n=33) com as participantes que foram selecionadas inicialmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, utilizando-se o teste Qui-quadrado, o teste Exato de Fisher* ou a Razão de Máxima Verossimilhança**. As variáveis categóricas testadas, para verificar se haveria independência ou não conforme a variável dicotômica quanto à perda da amostra, foram: UTIN (p=0,474*), sexo do bebê (p=0,594*), idade gestacional (p=0,474*), tempo de uso de sonda orogástrica (p=0,450*), primiparidade (p=0,582*), classificação econômica (p=0,570*), cidade de residência (p=0,296**), inserção da mãe no mercado de trabalho (p=0,636) e escolaridade da mãe (p=0,996).

5. ESTUDOS

5.1 ESTUDO 1 - A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE “BEBÊ” E “OBJETOS DE BEBÊ”, ELABORADAS POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O CONTEXTO DA INTERNAÇÃO EM UTIN E O *FOLLOW-UP* DE 12 MESES

A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE “BEBÊ” E “OBJETOS DE BEBÊ”, ELABORADAS POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O CONTEXTO DA INTERNAÇÃO EM UTIN E O *FOLLOW-UP* DE 12 MESES

RESUMO

Introdução: A internação do recém-nascido pré-termo (RNPT) em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) representa uma condição estressante que pode influenciar na elaboração das representações sociais (RS) das mães. **Objetivo:** identificar e comparar a estrutura das RS de mães de RNPT sobre “bebê” e “objetos-de-bebê”, durante a internação em UTIN e aos doze meses de idade. **Método:** Este trabalho apresenta dados parciais de um estudo longitudinal sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta. Participaram 47 mães de RNPT presentes na UTIN e aos 12 meses. Para coleta dos dados, a técnica utilizada foi evocação de até cinco palavras/expressões associadas aos termos indutores, categorização dessas palavras e processamento pelo *software* EVOC-2003. **Resultados:** No contexto da UTIN o núcleo central da RS de “bebê” apresentou as palavras “amor” e “cuidado” e aos 12 meses, “amor” e “carinho”. Os elementos organizadores da RS de “objetos-de-bebê” foram “berço”, “brinquedo” e “mamadeira”, e aos 12 meses, “brinquedo”, “chupeta” e “mamadeira”. **Discussão:** A análise apresentou elementos significativos na organização da RS dessas mães, demonstrando preocupação e cuidado devido à condição especial dos filhos internados. Após o primeiro ano de interação, sentimentos negativos foram abrandados ou suprimidos, observando-se valorização do ato de brincar, ressaltando as dificuldades das mães para manter exclusividade na amamentação e lidar com a sucção não nutritiva. **Conclusão:** As RS de “bebê” e “objetos-de-bebê” tiveram o amor como base, permeadas por sentimentos relacionados ao nascimento pré-termo e cuidados inerentes, evoluindo para percepções positivas e práticas, a partir da dedicação das mães na relação com o bebê.

Palavras-chave: Representação social. Lactente. Nascimento prematuro. Terapia intensiva neonatal. Relações mãe-filho.

STRUCTURE OF SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT “INFANT” AND “INFANT OBJECTS” BUILT BY MOTHERS OF PRETERM NEWBORNS: COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN NICU HOSPITALIZATION AND 12- MONTH FOLLOW-UP

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization of preterm newborns in neonatal intensive care unit (NICU) represents a stressful condition that can influence mothers' social representations (SR). **Purpose:** identify and compare the structure of preterm newborns mothers' SR about “infant” and “infant objects” during NICU hospitalization and at twelve months of age. **Method:** This study presents partial data of a longitudinal study on mother-infant interaction and the use of pacifiers. Forty-seven preterm newborns' mothers present at NICU and then at 12 months participated in the study. In order to gather data, the technique adopted was evocation of up to five words/expressions associated to inducing terms. Categorization and processing of these words was carried out through software EVOC-2003. **Results:** In the NICU setting, the central core of the mothers' SR about “infant” showed words such as “love” and “care”, and at 12 months, “love” and “tenderness”. The organizational elements of SR about “infant objects” were “cradle”, “toy” and “baby-bottle”, and at 12 months, “toy”, “pacifier” and “baby-bottle”. **Discussion:** The analysis presented significant elements during organization of these mothers' SR, which shows concern and care due to their hospitalized infants' special situation. After the first year of interaction, negative feelings were soothed or suppressed, and the value of playing was noticeable. On the other hand, mothers had difficulty keeping exclusive breastfeeding and coping with non-nutritive sucking. **CONCLUSION:** SR about “infant” and “infant objects” had love as a basis, permeated by feeling concerning preterm birth and its inherent care, which evolved into positive and practical perceptions emerging from mothers dedication to their relationship with infants.

Key-words: Social representation. Infant; premature birth. Neonatal intensive care. Mother-child relations.

INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo tem sido considerado um evento estressante para a mãe, com capacidade de produzir impacto em suas atitudes, comportamento (SILBERSTEIN et al., 2009; WAKELY, RAE & COOPER, 2010), e interação mãe-bebê (MONTIROSSO et al., 2010). As mães de recém-nascidos pré-termo (RNPT) apresentam mais frequentemente emoções negativas e sintomas de ansiedade do que mães de recém-nascidos a termo (LIBERA, DARMOCHWAL-KOLARZ & OLESZCZUK, 2007). Apesar dos avanços médicos e tecnológicos, as mães de RNPTs experimentam sentimentos de culpa pela fragilidade do filho (LINHARES; MARTINS; KLEIN, 2004).

Devido à angústia gerada pela separação e pelo risco de morte do recém-nascido a mãe apropria-se do discurso médico, que naquele momento é capaz de garantir a sobrevivência do seu filho, o que pode dificultar as primeiras identificações que ela precisaria fazer em relação ao seu bebê (FERRARI; DONELLI, 2010). Os fatores estressores associados à internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) também permeiam as representações iniciais da mãe sobre o cuidado com o filho na UTIN e as expectativas futuras de sua evolução (SOUZA et al., 2009).

Por outro lado, a partir da convivência com os profissionais da UTIN as mães podem superar seus medos e tornar-se familiarizadas no contexto hospitalar, especialmente a partir do empenho dos profissionais para estimular estratégias de enfrentamento das mães com objetivo de reduzir a ansiedade e

melhorar a interação mãe-bebê, com conseqüente redução do tempo de internação (MELNYK et al., 2006; MELNYK et al., 2008; SILVA; SILVA, 2009).

Apesar das adversidades, estudos longitudinais sugeriram que após a alta hospitalar, sintomas de ansiedade (PADOVANI et al., 2009) tenderam a decrescer, com o aumento do controle materno no cuidado com seu filho nascido pré-termo (AAGAARD; HALL, 2008; BLACK; HOLDITCH-DAVIS; MILES, 2009), tendo sido observado também desenvolvimento pessoal (TAUBMAN-BEN-ARI; FINDLER; KUINT, 2010), crescimento pós-traumático e resiliência (SINGER et al., 2010).

Considerando a especificidade desse grupo social, um estudo para acessar e compreender como as mães de RNPTs concebem a imagem de um bebê e de objetos relacionados ao bebê torna-se relevante como contribuição à equipe multiprofissional de suporte na avaliação das expectativas dessas mães, nas orientações sobre o cuidado e a estimulação da interação com o filho, fundamentais para a autonomia da mãe após a alta hospitalar. Para alcançar este propósito, o presente estudo utilizou como referencial analítico dos dados a Teoria das Representações Sociais (TRS), na perspectiva da teoria do núcleo central (ABRIC, 1993).

A representação social (RS) é uma forma de conhecimento partilhada por um grupo social (MOSCOVICI, 2003), construída por grupos específicos e, portanto, uma versão da realidade singular e própria destes (ARRUDA, 2005). A TRS se apresenta como uma das vias de acesso à compreensão de como os indivíduos em uma dada comunidade criam sentido aos mais diversos objetos

sociais, com a finalidade de familiarizarem-se com os fenômenos (VASCONCELOS; VIANA; SANTOS, 2007).

O interesse da TRS é no saber do senso comum, partilhado com o grupo através das trocas e interações cotidianas, permitindo dessa forma a comunicação destes indivíduos e a orientação de seus comportamentos. Essas práticas comunicativas do cotidiano transformam estes saberes, atos e afetos em representações sociais que irão retroalimentar a vida cultural (JOVCHELOVITCH, 2000; MOSCOVICI, 2003). Ou seja, a forma do indivíduo ver, pensar, conhecer, sentir e interpretar seu mundo, e sua existência nele, desempenha um papel indiscutível na orientação e reorientação das práticas sociais do grupo (JODELET, 2008), constituindo uma parte importante da realidade social e a modulando (DOISE, 2002).

Uma perspectiva complementar para analisar as representações sociais se formalizou como “teoria do núcleo central”, que enfatiza especificamente o conteúdo cognitivo das representações, não como uma simples coleção de ideias e valores, mas como um conjunto organizado em um sistema central e um sistema periférico (ABRIC, 1993; SÁ, 1998). O significado global da representação é atribuído aos elementos do núcleo central, com características de estabilidade. O sistema periférico tem características de flexibilidade, constitui a interface com as situações e práticas concretas da população estudada e é mais sensível à influência do contexto social imediato (ABRIC, 1993; SÁ, 1998; OLIVEIRA et al., 2005). No processo de interpretação dos dados, cabe ao pesquisador explicar o que significa e o que justifica os elementos do núcleo central, associado aos elementos periféricos, considerando o contexto (ARRUDA,

2005), bem como fundamentar possíveis interações com representações sociais que não foram diretamente investigadas (CAMARGO; WACHELKE, 2010).

Os elementos de uma RS elaborados por mães de RNPT têm sido estudados, como no trabalho realizado por Barros e Trindade (2007) sobre a RS de maternidade indicando que, no contexto da internação do recém-nascido em UTIN, o papel da mãe implica em responsabilidade, companhia ao filho e sacrifício por ele. O estudo conduzido por Botelho et al. (2012) apreendeu os elementos da representação social (RS) de mães de crianças menores de três anos de idade, nascidas prematuras, acerca do cuidar materno no domicílio, demonstrando que as mães encontraram diversas dificuldades, mas conseguiram superá-las com coragem e determinação. Assim, as palavras evocadas ao termo indutor *cuidar de um filho prematuro*, organizadas no núcleo central, foram “amor” e “cuidado”, que estão associadas ao sentimento de ser mãe e ao desejo de contribuir para a melhora do filho.

Em um contexto pré-escolar, a RS de infância estudada por Demathé e Cordeiro (2009) foi relacionada com a imagem de criança feliz, interpretada a partir de palavras presentes no núcleo central como “a brincadeira e o brincar”, “amor e carinho” e “alegria”, evocadas por mães, pais e professoras de crianças menores de seis anos de idade.

O objetivo deste estudo foi identificar e comparar a estrutura das representações sociais de mães de recém-nascidos pré-termo sobre “bebê” e “objetos de bebê”, elaboradas em dois contextos diferentes, durante a internação de seus filhos em UTIN e aos doze meses de idade cronológica.

MÉTODO

O delineamento do presente estudo foi constituído por parte dos dados da primeira e terceira fases de um estudo longitudinal sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta, conduzido na cidade de Vitória-ES, que objetivou acompanhar RNPTs por um período de dois anos. A população-alvo foi constituída por mães de RNPTs internados em duas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs). No âmbito público, foi selecionada a UTIN do hospital universitário e no âmbito privado a UTIN Neocare – Cuidados Intensivos e Integrados em Neonatologia.

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sob o nº 249/10, e as participantes, voluntárias, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Foram considerados pré-termo os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). As mães com comprometimento cognitivo, diagnóstico de depressão pós-parto, usuárias de drogas, e aquelas cujos filhos apresentaram distúrbios neurológicos e síndromes não foram incluídas.

Participaram deste estudo 47 mães de RNPT que permaneceram no estudo longitudinal aos 12 meses de idade cronológica dos bebês, o que correspondeu a 75,8% do grupo que participou da primeira fase. As entrevistas foram realizadas no contexto da internação em UTIN, quando seus filhos estavam em situação de médio-risco, no período de Fevereiro a Junho de 2011, e a coleta

de dados aos 12 meses ocorreu de Fevereiro a Junho de 2012. A etapa longitudinal foi desenvolvida durante as consultas de acompanhamento odontológico das crianças, na Clínica de Odontopediatria da UFES.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados da primeira fase foi uma entrevista com roteiro semiestruturado, gravada, contendo 56 questões fechadas e abertas sobre dados demográficos, econômicos, sociais e culturais, apoio social, internação do bebê, aspectos ambientais da UTIN e duas questões de evocação, que constituíram objeto de análise em publicação anterior (DADALTO; HOSTERT; ROSA, 2012) e neste artigo. Na avaliação aos 12 meses de idade, o roteiro de entrevista apresentou 63 questões fechadas e abertas sobre saúde geral, alimentação e hábitos do bebê, apoio social e duas questões de evocação que também constituíram objeto de análise no presente trabalho. Para a coleta específica desses dados, a técnica utilizada foi a evocação de até cinco palavras ou expressões que as participantes associaram aos termos indutores “bebê” e “objetos de bebê”, na ordem em que eles surgiram, a partir das questões indutoras: “Quais palavras vêm a sua mente quando eu falo a palavra bebê?” e “Quais objetos você associa com a imagem de um bebê?” Com o objetivo de verificar o entendimento das participantes foi utilizada previamente uma simulação da técnica a partir de um termo indutor aleatório.

A categorização das palavras evocadas foi executada como uma etapa preliminar à análise dos dados, com o objetivo de padronizar os termos com relação à diferença de tempo verbal, gênero, formas sinônimas e para evitar a dispersão de palavras. Na sequência, para processar estatisticamente os dados

obtidos foi utilizado o *software* EVOC 2003 - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* (VERGÈS; SCANO; JUNIQUE, 2000).

Esse *software* possibilita combinar a frequência em que cada palavra foi evocada com a atribuição de sua ordem de importância, organizando graficamente as evocações em um “quadro de quatro casas”. As palavras do quadrante superior esquerdo (primeiro quadrante) são os constituintes mais prováveis do núcleo central da representação, enquanto aquelas situadas nos demais quadrantes compõem o sistema periférico. As palavras situadas no quadrante superior direito (segundo quadrante) constituem a periferia mais próxima e com a possibilidade de alguma delas fazer parte do núcleo central (primeira periferia). No quadrante inferior esquerdo (terceiro quadrante) estão localizadas as palavras pouco frequentes, mas consideradas de muita importância pelos participantes (zona de contraste), que pode estar associada a uma representação distinta da maioria, ou mesmo a um processo de transformação da representação. No quadrante inferior direito (quarto quadrante) situam-se as palavras pouco frequentes e com ordem de evocação acima da média, consideradas pouco importantes pelos sujeitos, formando visivelmente a periferia distante ou segunda periferia (ABRIC, 1993; SÁ, 1998; VERGÈS; SCANO; JUNIQUE, 2000; OLIVEIRA et al., 2005; ALMEIDA; SANTOS, 2011).

A análise estatística referente às questões fechadas e abertas, após categorização, foi realizada utilizando o editor de dados SPSS versão 18.0 para Windows (SPSS INC., CHICAGO, IL, USA). Para o presente trabalho alguns desses dados foram tabulados por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 47 mães de RNPTs entrevistadas apresentaram idades variando entre 17 e 42 anos, sendo 43 mães residentes na região metropolitana de Vitória-ES e quatro provenientes de cidades do interior. A distribuição das participantes por classificação econômica foi realizada conforme critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2010). Vinte e uma participantes foram classificadas nas classes econômicas A2, B1 e B2 e 26 nas classes C1, C2 e D. Quanto ao grau de escolaridade 27 mães tinham cursado ensino superior completo, incompleto, ou ensino médio completo e 20 apresentaram escolaridade correspondente ao ensino médio incompleto, ensino fundamental completo ou incompleto.

Após o processo de categorização das palavras, as evocações foram incluídas dentro de um conjunto de 20 termos diferentes associados a “bebê” e 11 para “objetos de bebê” na avaliação durante a etapa da UTIN. Na fase do acompanhamento aos 12 meses, um conjunto de 23 termos, alguns iguais aos da primeira fase, foram associados a “bebê” e os mesmos 11 termos para “objetos de bebê”. Apenas uma das mães, cuja escolaridade correspondia a ensino fundamental incompleto, não soube responder a evocação para o termo “bebê”, nas duas fases deste estudo, mas evocou uma palavra para “objetos de bebê” nas duas avaliações.

O núcleo central de uma representação social é fortemente marcado pela memória coletiva e sistema de normas do grupo. Sua função é consensual, define

a homogeneidade do grupo e é relativamente independente do contexto social imediato (ABRIC, 1993). A partir da análise estatística pelo *software* EVOC foi possível a apreensão da estrutura interna da representação social. Os temas evocados foram distribuídos em quatro quadrantes, em que os elementos constituintes mais prováveis de pertencerem ao núcleo central da representação foram organizados no primeiro quadrante e os demais elementos no sistema periférico, considerando que a frequência reflete o quanto a evocação foi compartilhada e a menor ordem de evocação se refere à maior presença na memória imediata dos integrantes do grupo (VERGÉS; SCANO; JUNIQUE, 2000; ALMEIDA; SANTOS, 2011).

A análise estrutural da representação foi efetuada graficamente pela distribuição das evocações no quadro de quatro casas, conforme as Figuras 1 a 4. Em publicação anterior, os grupos foram comparados quanto à escolaridade das mães e não foram encontradas diferenças significativas (DADALTO; HOSTERT; ROSA, 2012). Sendo assim, no presente trabalho as respostas foram analisadas independentemente da escolaridade. Nas Figuras 1 e 2 pode-se observar a distribuição das palavras evocadas pelas 47 mães de RNPTs em resposta ao termo indutor “bebê”, respectivamente durante a internação do recém-nascido em UTIN e aos 12 meses de idade.

OME	< 2,8		≥ 2,8			
Freq.	Freq.	OME	Freq.	OME		
Média						
≥ 20	Amor	33	2,061	Carinho	37	3,027
	Cuidado	20	2,300			
		Freq.	OME		Freq.	OME
< 20	Deus	7	2,286	Dedicação	17	4,118
	Fragilidade	14	2,286	Família	9	3,444
	Vida	7	2,143	Felicidade	19	3,053
				Responsabilidade	8	3,875
				Sentimentos-negativos	7	3,714
				Sentimentos-positivos	8	3,375

Figura 1 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “bebê” para mães de RNPT no contexto da internação em UTIN, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2011. (n=47).

OME	< 2,7		≥ 2,7			
Freq.	Freq.	OME	Freq.	OME		
Média						
≥ 24	Amor	33	1,909	Dedicação	24	3,125
	Carinho	39	2,641			
	Freq.	OME	Freq.	OME		
< 24	Cuidado	15	2,600	Deus	5	3,000
	Família	10	2,500	Comportamentos-do-bebê	9	3,222
	Graciosidade	6	2,500	Felicidade	17	2,941
	Realização	6	2,167	Responsabilidade	5	3,800

Figura 2 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “bebê” para as mesmas mães de RNPT egressos de UTIN aos 12 meses de idade cronológica dos bebês, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2012. (n=47).

No presente estudo, o núcleo central da RS de “bebê” identificado pelas palavras evocadas por mães de RNPTs no contexto da internação de seus filhos em UTINs apresentou as palavras “amor” e “cuidado” (Figura 1) como as de maior frequência e menor ordem média de evocação. Esses elementos, significativos na organização da representação elaborada por essas mães, demonstraram preocupação, revelando cuidado devido à condição especial de seus filhos internados, o que encontra respaldo na literatura com os trabalhos de Linhares, Martins e Klein (2004) quando afirmaram que as mães possuem papel relevante

na proteção dos RNPTs, podendo minimizar os fatores adversos da prematuridade, e de Botêlho et al. (2012) em que as palavras “amor” e “cuidado” foram evocadas ao termo indutor *cuidar de um filho prematuro*.

A evocação da palavra “amor” ao termo indutor “bebê” encontra relação também com um dos repertórios interpretativos sobre maternidade, identificados por Moreira e Raserá (2010), em que a maternidade é descrita de forma romântica “em termos de amor, sentimento, instinto, beleza, essência e transcendência” (p. 532). Refere-se também à construção do bebê imaginado na gestação, discutida por Ferrari, Piccinini e Lopes (2007), que orienta a mãe nas interpretações das necessidades do filho e nas demais interações que esta estabelece com seu bebê.

Interpretação semelhante à maternidade romântica (MOREIRA; RASERA, 2010) pode ser utilizada na análise da palavra “carinho”, organizada no quadrante superior direito (segundo quadrante), localizado na periferia mais próxima do núcleo central, tendo uma grande probabilidade de ter elementos constituintes do mesmo. É imprescindível o carinho para que a mãe tenha dedicação ao seu filho, conforme discutiram Botêlho et al. (2012), cujo resultado também apontou a palavra carinho como um dos elementos da primeira periferia.

O quadrante inferior esquerdo (terceiro quadrante), que corresponde à zona de contraste, apresentou as palavras “Deus” “fragilidade” e “vida” representando evocações pouco frequentes, mas consideradas de muita importância pelas mães que as evocaram, o que é evidenciado por Vêras, Vieira e Moraes (2010), quando discutiram que as práticas espirituais e a religiosidade

atuam como suporte nas situações enfrentadas pelas mães na UTIN e por Linhares, Martins e Klein (2004) quando se referiram aos sentimentos de culpa pela fragilidade do filho. Essa zona de contraste pode configurar um processo de transformação da RS sobre “bebê” por mães de RNPTs, relacionada ao contexto da internação em UTIN.

Já no quadrante inferior direito (quarto quadrante) foram encontrados elementos de menor frequência e menor relevância para as participantes, sendo aspectos mais individuais de uma RS, como “responsabilidade” e “dedicação” que serão necessárias para cuidar do filho nascido pré-termo, assim como o apoio da “família”, compondo um quadro associado a uma mistura de “felicidade” e “sentimentos positivos” relacionados a um bebê saudável e “sentimentos negativos” pela possibilidade da não sobrevivência do filho, ainda não descartada no momento dessa primeira fase de coleta dos dados.

Na coleta dos dados quando os bebês se encontravam com 12 meses de idade cronológica, a maioria das mães estava em um estado de felicidade visível, orgulhosas pelos progressos físicos e emocionais de seus bebês. Nesse novo contexto, em que o período da UTIN estava mais distante na memória, os elementos que apareceram com maior frequência e com menor ordem média de evocação foram “amor” e “carinho” (Figura 2), constituindo o núcleo central da RS. Esses resultados também estiveram presentes na RS sobre infância observada no trabalho de Demathé e Cordeiro (2009) em contexto escolar.

A palavra “cuidado” não se configurou como elemento presente no núcleo central como no período da UTIN, mas continuou como evocação organizada no

terceiro quadrante. A palavra “dedicação” apresentou frequência alta de evocação, constituindo o segundo quadrante e a palavra “fragilidade” não foi evocada nessa segunda fase da pesquisa. Diferenças entre representações podem ocorrer dependendo da apropriação do indivíduo ou de contextos específicos, o que poderia enfatizar elementos mais relevantes de um cotidiano diferente (BARROS; TRINDADE, 2007). Como tem se apresentado nos estudos longitudinais, após a alta hospitalar, o aumento do controle da mãe no cuidado com o seu filho nascido pré-termo reduz a sua sensação de impotência diante da situação adversa que se apresentou inicialmente (AAGAARD; HALL, 2008; BLACK; HOLDITCH-DAVIS; MILES, 2009).

Surgiram novas evocações como “graciosidade” (terceiro quadrante) e “comportamentos do bebê” (quarto quadrante) que se referiram respectivamente a “bonito, fofo, lindo, doçura” e a “brincadeira, bagunça, farra, arte, pirraça, choro, sono”, atestando o novo clima de relacionamento que as mães estabeleceram ao longo do primeiro ano de vida com seus bebês, em um contexto de saúde e não mais associado à vivência em UTIN. As palavras “felicidade” e “responsabilidade” se repetiram nas duas coletas de dados como constituintes do quarto quadrante, representando a satisfação pelo nascimento do filho e a noção de responsabilidade pelo seu cuidado.

Nas Figuras 3 e 4 podem-se observar as evocações ao termo indutor “objetos de bebê”. Foram obtidas, respectivamente, durante a internação em UTIN e aos 12 meses de idade cronológica dos bebês.

OME	< 2,9		≥ 2,9			
Freq.	Freq.	OME	Freq.	OME		
Média						
≥ 25	Berço	25	2,480	Vestuário	47	3,043
	Brinquedo	35	2,800			
	Mamadeira	25	2,680			
	Freq.	OME	Freq.	OME		
< 25	Chupeta	17	2,588	Acessórios-para-bebê	7	3,857
	Fralda	17	2,294	Carrinho-de-bebê	13	3,231
				Materiais-para-higiene	19	3,211

Figura 3 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “objetos de bebê” para mães de RNPT no contexto da internação em UTIN, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2011. (n=47).

OME	< 2,7		≥ 2,7			
Freq.	Freq.	OME	Freq.	OME		
Média						
≥ 23	Brinquedo	57	2,684	Vestuário	23	3,130
	Chupeta	25	2,320			
	Mamadeira	26	2,308			
	Freq.	OME	Freq.	OME		
< 23	Carrinho-de-bebê	13	2,538	Acessórios-para-bebê	6	4,000
	Fralda	16	2,438	Berço	10	2,900
	Mordedor	6	2,500	Materiais-para-higiene	9	3,444

Figura 4 – Distribuição no quadro de quatro casas da representação social sobre “objetos de bebê” para as mesmas mães de RNPT egressos de UTIN aos 12 meses de idade cronológica, de acordo com a frequência média (Freq.) e ordem média de evocação (OME). Vitória-ES, 2012. (n=47).

Os elementos organizadores da RS a partir do termo indutor “objetos de bebê” entre mães de RNPTs apresentaram como prováveis constituintes do núcleo central as palavras “berço”, “brinquedo” e “mamadeira” (Figura 3). A grande expectativa da mãe pela alta hospitalar do filho, que no momento da primeira fase dessa pesquisa se encontrava internado na sala do médio risco na UTIN foi ressaltada na análise dessas evocações, observando-se sua intenção em procurar fornecer um ambiente de proteção e cuidado ao filho que se encontrava em situação vulnerável, associado à estimulação ao desenvolvimento

aqui representado pelo brinquedo, como foi discutido em trabalho anterior (DADALTO; HOSTERT; ROSA, 2012).

Na coleta dos dados para este trabalho, realizada aos 12 meses de idade dos bebês, houve uma alteração importante na RS sobre “objetos de bebê”. O núcleo central se apresentou, então, com as palavras “brinquedo”, “chupeta” e “mamadeira”, conforme a Figura 4. A presença nas duas análises do “brinquedo” como RS de objetos de bebê, nas suas várias formas evocadas, como “boneca, carrinho, ursinho de pelúcia, chocalho, bola” pode ser comparada à RS sobre infância “a brincadeira e o brincar”, relacionada por Demathé e Cordeiro (2009) à imagem de criança feliz.

O termo “mamadeira” foi evocado por 25 participantes na primeira fase e 26 na segunda fase, com uma ordem de evocação menor que a média nos dois momentos da coleta de dados. O resultado da presença dessa evocação no núcleo central da representação reforça o caráter cultural associado à utilização da mamadeira. Idealizada inicialmente para suprir as necessidades do lactente na ausência da mãe, a mamadeira tem sido vislumbrada na sociedade como um objeto de primeira necessidade para os cuidados de um lactente. É tanto que quando questionadas na entrevista da UTIN se a mamadeira foi incluída no enxoval do bebê 33 das 47 mães participantes deste estudo relataram ter comprado ou ganhado esse objeto. No primeiro ano de vida a mamadeira foi utilizada para cerca de 80% dos lactentes (n=47), mesmo entre aqueles que ainda amamentavam no peito.

A maioria das mães entrevistadas foi orientada e seus filhos receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo ou o aleitamento materno foi orientado com dieta complementar a ser oferecida pela técnica do copinho, conforme também orientaram Lima e Melo (2008). Nyqvist et al. (2013) também alertaram para a necessidade de formas alternativas ao uso de mamadeira em UTIN para que o aleitamento materno possa ser adequadamente estabelecido. Dessa forma, o objetivo seria evitar a exposição do lactente a bicos artificiais como o da mamadeira, o que poderia interferir na amamentação e levar ao desmame precoce (SOARES et al., 2003), além de aumentar o risco do lactente adquirir hábitos de sucção não nutritiva, como sucção de dedo ou chupeta (MONTALDO et al., 2011). Embora relacionada à sobrevivência do recém-nascido quando o aleitamento materno não é viável, o uso indiscriminado da mamadeira tem sido observado mesmo quando a criança já tem coordenação suficiente para obter a nutrição por intermédio de outras formas de alimentação, como nos casos em que o aleitamento materno se prolonga por seis meses ou mais (CARRASCOZA et al., 2006).

Em contraste a essa evocação de mamadeira como elemento do núcleo central, a palavra “amamentação” foi evocada por um número reduzido de mães a partir do termo indutor “bebê” e não configurou uma RS sobre “bebê” para este grupo de mães, nos dois momentos da análise. Novamente o contexto pode ter influenciado na primeira fase quando as mães ainda estavam iniciando os procedimentos de amamentação de seus bebês e inseguras com relação à sua continuidade. Esse resultado pode estar relacionado também à representação social de mães de RNPTs sobre o aleitamento materno, encontrada na pesquisa

de Javorski et al. (2004): “amamentar um bebê prematuro é uma experiência difícil e desgastante” (p. 890). Apesar de não se configurar como RS de bebê, a amamentação foi obtida com sucesso por 30 das 47 mães até seis meses de vida do lactente, muito embora apenas sete conseguiram manter aleitamento materno exclusivo até 6 meses. Esse contexto da necessidade de complementação alimentar do lactente nascido pré-termo também pode ter influenciado na coleta dos dados aos 12 meses, na evocação de “mamadeira”.

A evocação do termo “berço” aos 12 meses não esteve presente no núcleo central, mas sim no quarto quadrante. Pode ter havido uma influência do contexto pela presença dos vários berços na UTIN quando da primeira coleta, ou devido à redução da necessidade de uso desse objeto na idade de doze meses já que 27 mães (57,4%) relataram o compartilhamento da cama do casal com o bebê, mesmo o bebê tendo um berço.

O termo “chupeta” integrou a estrutura e a organização da RS sobre objetos de “bebê” na coleta de dados aos 12 meses, configurando-se como elemento do núcleo central, o que apresentou uma diferença com relação à presença da evocação desse termo no terceiro quadrante na primeira coleta dos dados e, portanto, a diferença observada pode ser inferida ao contexto. Nas UTINs em que essa pesquisa foi realizada existia uma forte restrição por parte da equipe quanto à oferta da chupeta aos recém-nascidos internados, e a recomendação expressa para que as mães não a disponibilizassem. O motivo seria o risco de interrupção do aleitamento materno devido ao uso da chupeta no período neonatal, especialmente antes de quatro semanas de vida (MAUCH et al., 2012). Este contexto pode ter influenciado os resultados, o que pôde ser

verificado quando uma das entrevistadas evocou o termo “chupeta não” e em sequência apresentou outras palavras referentes a objetos de bebê, na tentativa de corrigir-se. Já na segunda coleta o contexto se configurou bem diferente após o retorno para casa, 12 meses de interação com o bebê mais saudável e influência familiar para a oferta da chupeta.

A integração de chupeta como RS sobre “objetos de bebê” encontrou respaldo na literatura na análise de Sertório e Silva (2005) das RS de chupeta como um objeto que “simboliza a criança” e é “passado pelas gerações”, como uma antecipação em prover ao mesmo tempo “um calmante para a criança e uma ajuda para a mãe”. A partir de uma análise da literatura sobre aspectos culturais associados à oferta da chupeta, conduzida por Dadalto e Rosa (2013), foi ressaltado o processo de apropriação da cultura criada pelas gerações precedentes; o uso de chupeta foi observado como muito frequente, mesmo quando as mães receberam orientações profissionais para não ofertá-la ao recém-nascido.

Quanto aos elementos periféricos do segundo e terceiro quadrantes observaram-se os elementos “vestuário” e “fralda”, integrantes das duas coletas de dados (Figuras 3 e 4), podendo incorporar as experiências relativas aos membros da população estudada, como a praticidade do uso das fraldas e a necessidade do vestuário, assim como a vivência e experiência com um bebê de 12 meses com a evocação de “carrinho de bebê” e “mordedor”, sendo esse último relacionado à necessidade de alívio dos sintomas associados à erupção dos dentes. Os demais elementos presentes no quarto quadrante se mostraram

semelhantes para os dois momentos de análise das evocações, não sendo considerados objetos prioritários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais (RS) sobre “bebê”, elaboradas por mães de RNPTs internados em UTIN e aos 12 meses de idade cronológica de seus filhos, identificadas neste estudo, foram permeadas por diversos sentimentos relacionados ao nascimento pré-termo, como o “cuidado” inerente a esse contexto, mas tiveram o “amor” e o “carinho” como base. Após a vivência diária ao longo do primeiro ano de interação mãe-bebê, os aspectos negativos que constituíram o núcleo periférico das representações sociais, como os “sentimentos negativos” relacionados à “fragilidade” do RNPT, foram se abrandando ou foram suprimidos, dando lugar a percepções positivas e práticas para a convivência harmoniosa, a partir da “dedicação” destas mães para alcançarem um desfecho positivo no desenvolvimento de seus filhos, na constituição de uma “família” e na sua “realização” pessoal na identidade de mãe.

Na análise das RS sobre “objetos de bebê”, ficou evidenciada a expectativa das mães para promover conforto e cuidados necessários ao bebê, nas evocações de “berço”, “brinquedo” e “mamadeira”. Após um ano de relacionamento com o filho, as mães apresentaram também a evocação de “chupeta”, constituindo uma alteração na RS mais provavelmente devido à interferência inicial do contexto da UTIN. Essas RS podem ser analisadas pelo

ângulo da interpretação das dificuldades encontradas por essas mães para manter o aleitamento materno exclusivo e para lidar com a sucção não nutritiva no primeiro ano de vida em bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN, de forma que objetos como “mamadeira”, “chupeta” e “mordedor” foram evidenciados, ao lado da valorização simbólica do ato de brincar com o bebê, na interação lúdica com o “brinquedo” e a vivência prática da necessidade de “fralda” e “vestuário”.

As RS sobre “bebê” e “objetos de bebê” puderam ser analisadas nos âmbitos afetivo e material, ancoradas na necessidade de proteção e cuidado do(a) filho(a) na luta pela sobrevivência podendo ser associadas às RS sobre maternidade e sobre infância. Este trabalho apresentou dados que poderão auxiliar na compreensão do universo de sentimentos das mães de RNPT, de forma a contribuir para o trabalho dos profissionais das UTINs no estabelecimento do aleitamento materno, avaliando as dificuldades que poderão surgir para a mãe lidar com a alimentação do bebê após a alta hospitalar e com a sucção não nutritiva, considerando que mamadeira e chupeta estão presentes na representação social das mães sobre o bebê. Sugere-se a organização de grupos profissionais treinados para acompanhamento e orientação domiciliar dessas mães, de forma a fornecer um suporte adequado, por meio de ações que possam promover sua capacidade de enfrentar os efeitos adversos relacionados à prematuridade.

REFERÊNCIAS

AAGAARD, H.; HALL, E. O. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia PA, v. 23, n. 3, p. 26-36, 2008.

ABRIC, J. C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 2, n. 2, p. 75-78, 1993.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. Representações sociais masculinas de saúde e doença. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. (Orgs.). **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora, 2011. p. 99-128.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**, 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>> Acesso em: 21 de outubro de 2010.

ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológica em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 229-258.

BARROS, S. M. M.; TRINDADE, Z. A. Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 8, n. 2, p. 253-269, 2007.

BLACK, B. P.; HOLDITCH-DAVIS, D.; MILES, M. S. Life course theory as a framework to examine becoming a mother of a medically fragile preterm infant. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 32, n. 1, p. 38-49, 2009.

BOTÊLHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 929-34, 2012.

CAMARGO, B.; WACHELKE, J. The study of social representation systems: Relationships involving representations on aging, AIDS and the body. **Papers on Social Representations**, v. 19, p. 21.1-21.21, 2010.

CARRASCOZA, K. C. et al. Consequências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 395-397, 2006.

DADALTO, E. C. V.; HOSTERT, P. C. C. P.; ROSA, E. M. Representação social de bebê entre mães de recém-nascidos prematuros. In: TRINDADE, Z. A. et al.

(Orgs.). **Estudos em Representações Sociais**. Volume 1. Vitória: GM Editora, 2012. p. 98-104.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Aspectos culturais para a oferta da chupeta às crianças. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 231-237, 2013.

DEMATHE, T. M. CORDEIRO, M. H. B. V. Representações sociais sobre infância: um estudo com pais e educadoras de educação infantil. **Nuances: estudos sobre Educação**, São Paulo, ano XV, v. 16, n. 17, p. 119-133, 2009

DOISE, W. Da Psicologia Social à Psicologia Societal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 27-35, 2002.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 106-112, 2010.

FERRARI, A. G.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 305-13, 2007.

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

JODELET, D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. **Cultura y Representaciones Sociales**, México, v. 3, n. 5, p. 32-63, 2008.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 232p.

LIBERA, A., DARMOCHWAL-KOLARZ, D. & OLESZCZUK, J. Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery. **Medical Science Monitor**, v. 13, n. 3, CR125-130, 2007.

LIMA, V. P.; MELO, A. M. Uso do copinho no alojamento canguru. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 126-133, 2008.

LINHARES, M. B. M.; MARTINS, I. M. B.; KLEIN, V. C. Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In: MATURANO, E. M., LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Proteção: Indicadores da Trajetória de Desenvolvimento do Escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 39-74.

MAUCH, C. E. et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: a observational study. **BMC Pediatrics**, London, v. 12, n. 7, p. 1-10, 2012.

MELNYK, B. M. et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized controlled trial. **Pediatrics**, Evanston, v. 118, n. 5, p. e1414-e1427, 2006.

MELNYK, B.M. et al. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. **Nursing Research**, New York, v. 57, n. 6, p. 383-94, 2008.

MONTALDO, L. et al. Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 68-73, 2011.

MONTIROSSO, R. et al. A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term infants. **The British Journal of Developmental Psychology**, v. 28, (Pt2), p. 347-68, 2010.

MOREIRA, R. L. C. A.; RASERA, E. F. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 529-537, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. p. 29-109.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 20, n. 3, p. 300-309, 2013.

OLIVEIRA, D. C. et al. A positividade e a negatividade do trabalho nas representações sociais de adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 125-133, 2005.

PADOVANI, F. H. et al. Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. **Psychological Reports**, Montana, v. 104, n. 2, p. 667-79, 2009.

SÁ, C. P. A fundamentação teórica da pesquisa empírica. In: _____ **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998. p. 61-68.

SERTORIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

SILBERSTEIN, D. et al. The transition to oral feeding in low-risk premature infants: Relation to infant neurobehavioral functioning and mother–infant feeding interaction. **Early Human Development**, v. 85, n. 3, 157–162, 2009.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2009.

SINGER, L. T. et al. Longitudinal predictors of maternal stress and coping after very low-birth-weight birth. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, Chicago, v. 164, n. 6, p. 518-24, 2010.

SOARES, M. E. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOUZA, N. L. et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 729-733, 2009.

TAUBMAN-BEN-ARI, O.; FINDLER, L.; KUINT, J. Personal growth in the wake of stress: the case of mothers of preterm twins. **Journal of Psychology**, Provincetown, v. 144, n. 2, p. 185-204, 2010.

VASCONCELOS, K. M.; VIANA, K. M. P.; SANTOS, M. F. S. Pensando o método de pesquisa em representação social. In: RODRIGUES, M. M. P.; MENANDRO, P. R. M. (Orgs.). **Lógicas metodológicas** – Trajetos de pesquisa em Psicologia Vitória: GM Editora, 2007. p. 39-56.

VÉRAS, R. M.; VIEIRA J. M. F.; MORAIS, F. R. R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-32, 2010.

VERGÉS, P.; SCANO, S; JUNIQUE, C. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**: Manuel d'utilisateur Version 2.00. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie, 2000.

WAKELY, L. T.; RAE, K.; COOPER, R. Stoic survival: the journey of parenting a premature infant in the bush. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 10, n. 3, p. 1475, 2010.

WORLD Health Organization. **What is a preterm baby?** Disponível em <http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/en/> Acesso em: 08 de maio de 2014.

5.2 ESTUDO 2 - RELAÇÕES, VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE MÃES COM
RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS EM UTIN

RELAÇÕES, VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE MÃES COM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS EM UTIN

RESUMO

Introdução: O nascimento pré-termo é estressante e emocionalmente desafiador, capaz de gerar impacto na relação mãe-bebê. **Objetivo:** conhecer vivências e expectativas de mães com recém-nascidos pré-termo (RNPT) internados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) avaliando os processos proximais (PP) iniciais entre mãe e filho. **Método:** Dados coletados na primeira fase de um estudo longitudinal, analisando aspectos da vivência em UTIN de 62 mães de RNPT. O planejamento foi baseado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, com foco na avaliação dos PP. **Resultados:** A maioria não teve informação prévia de que o filho iria precisar de hospitalização e nunca tinha pensado nessa possibilidade. A UTIN foi descrita como um ambiente de cuidado e atenção. A vivência em UTIN foi avaliada pelas mães como evento impactante nas suas vidas, independente da escolaridade, classe econômica, tipo de UTIN e idade gestacional ($p>0,05$), relatando tristeza e preocupação (45,2%), rotina cansativa, mas necessária à sobrevivência do filho (24,2%) e, mesmo quando relatavam tranquilidade e felicidade com a recuperação do bebê, o período inicial foi descrito como difícil e doloroso (30,6%). As expectativas quanto às consequências da internação na relação mãe-bebê foram avaliadas sob perspectiva positiva e otimista de que não teria consequência negativa (66,2%) e haveria maior apego (16,1%). Os PP iniciais para estabelecer o vínculo com o RNPT resultaram da combinação entre contato físico, conversa e amamentação. **Conclusão:** As mães estavam enfrentando a hospitalização do bebê demonstrando sinais de crescimento pessoal, a partir dos próprios recursos biopsicológicos, apoio familiar e profissional, impulsionadas pelo amor ao filho.

Palavras-chave: Recém-nascido. Nascimento prematuro. Terapia intensiva neonatal. Relações mãe-filho. Desenvolvimento humano.

RELATIONSHIPS, EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF MOTHERS OF PRETERM NEWBORNS HOSPITALIZED IN NICU

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth is stressing and emotionally challenging, capable of having an impact on mother-infant relationship. **Purpose:** Understand mothers' experiences and expectations towards preterm newborns hospitalized at neonatal intensive care units (NICUs), as well as evaluate the initial proximal processes (PP) between mother and infant. **Method:** Data gathered during the first stage of a longitudinal study, analyzing aspects of 62 mothers' experience at NICU. Planning was based on Bioecological Theory of Human Development, focusing on PP evaluation. **Results:** Most mothers had had no previous information about their child's need of hospitalization and had never thought about this possibility. The NICU was described as an environment of care and attention. Their experience at NICUs was evaluated by mothers as a shocking event in their lives, regardless of educational background, social class, type of NICU and gestational age ($p>0.05$), they reported sadness and concern (45.2%); tiring but necessary routine to their child's survival (24.2%); and, even when they reported calmness and happiness about the infant's recovery, the initial period was described as hard and painful (30.6%). The expectations concerning the consequences of hospitalization in mother-infant relationship were evaluated from a positive and optimistic perspective that there would be no negative consequences (66.2%) and there would be more attachment (16.1%). Initial PP to establish bonds to NICU resulted from the combination between physical contact, conversation and breastfeeding. **Conclusion:** The mothers were facing infant hospitalization showing signs of personal growth, based on their own bio-psychological resources, family and professional support, boosted by their love for their children.

Key-words: Infant, newborn. Premature birth. Neonatal intensive care. Mother-child relations. Human development.

INTRODUÇÃO

Os altos índices de sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPTs) com baixo peso ao nascimento e o aumento da prematuridade no Brasil justificam o planejamento de ações voltadas para essa população que apresenta maior risco ao desenvolvimento e a problemas comportamentais (SILVEIRA et al., 2008). A existência desse maior risco foi demonstrada até mesmo entre RNPTs com maior idade gestacional (ESPÍRITO SANTO; PORTUGUEZ; NUNES, 2009).

Apesar dos avanços médicos e tecnológicos, as mães de RNPTs experimentam sentimentos de culpa pela fragilidade do filho (LINHARES; MARTINS; KLEIN, 2004). Sintomas depressivos (MILES et al., 2007) e de ansiedade durante a hospitalização foram mais altos em mães de RNPTs quando comparadas com mães de recém-nascidos a termo (PADOVANI et al., 2009), o que foi considerado estressante e emocionalmente desafiador, capaz de gerar impacto no comportamento materno (RUDDLE, 2006; KHAN et al., 2008; WAKELY; RAE; COOPER, 2010).

Os resultados de Correia, Carvalho e Linhares (2008) sugerem que o nascimento pré-termo e a hospitalização precoce, por si só, podem comprometer o equilíbrio emocional materno e familiar. Entretanto, verbalizações maternas com conotação negativa, como o medo de aproximação, de prejudicar ou de estabelecer contato com o bebê, tenderam a ocorrer mais em mães com indicadores clínicos emocionais de ansiedade ou depressão do que em mães que não apresentaram esses indicadores. As mães com indicadores de ansiedade ou

depressão também verbalizaram menos sobre as subcategorias positivas de adaptação, aceitação, superação, esperança, tranquilidade e vontade de estabelecer contato.

O nascimento de um bebê pré-termo de peso extremamente baixo, a ansiedade materna na unidade de terapia Intensiva neonatal (UTIN) e a experiência traumática da mãe em relação a esses eventos podem exercer influência nos comportamentos interativos mãe-bebê nos primeiros anos da infância em comparação com bebês nascidos a termo. A identificação precoce de mães ansiosas e bebês com risco de desenvolver atrasos cognitivos é necessária com o objetivo de iniciar uma intervenção preventiva de suporte para o relacionamento mãe-bebê (FELDMAN; EIDELMAN, 2006; ZELKOWITZ et al., 2009).

A separação física por internamento é uma das dificuldades fundamentais no estabelecimento de interações eficazes entre a mãe e o RNPT, podendo desencadear nas mães reações emocionais de culpabilidade e medo, ao se verem impedidas de interagir com o filho conforme tinham imaginado (CAMARNEIRO et al., 2009). Por outro lado, a partir da convivência com profissionais que atuam em UTIN, as mães podem superar seus medos e tornar-se familiarizadas no contexto hospitalar, especialmente a partir do empenho desses profissionais para criar oportunidades de empoderamento das mães (MELNYK et al., 2006; SILVA; SILVA, 2009).

Entre as estratégias utilizadas pelas mães para enfrentamento do *stress* inicial foram discutidos nas pesquisas: emprego mais frequente de estratégias

emocionais do que estratégias para resolução do problema (LIBERA, 2007); influência da mãe cantar para seu bebê (CEVASCO, 2008); apoio familiar (TAUBMAN-BEM-ARI; FINDLER; KUINT, 2010); aumento da confiança materna no método mãe-canguru (JONHSON, 2007); e maior envolvimento do pai (LEE; MILES; HOLDITCH-DAVIS, 2006). Programas de suporte durante a hospitalização para estimular estratégias de enfrentamento das mães foram relacionados com menor grau de ansiedade e depressão, índices mais altos de interação mãe-bebê e a consequente redução do tempo de internação (MELNYK et al., 2006; MILES et al., 2007; MELNYK et al. 2008). O livre acesso ao RNPT internado também contribui para facilitar e promover a qualidade das interações (CAMARNEIRO et al., 2009).

É crescente a exigência de qualidade e especificidade da assistência prestada à mulher e ao RNPT, devido aos desafios na sua adaptação à vida extrauterina. Mãe e filho necessitam de atenção diferenciada dos profissionais de saúde, no sentido de lhes oferecer uma assistência mais integral e humanizada, visando à qualidade de vida do bebê, da mãe e da família (CAETANO; FUJINAGA; SCOCHI, 2003).

Considerando a complexidade dos fatores relacionados ao nascimento pré-termo e a vivência das mães em UTIN, o planejamento do presente estudo foi baseado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) proposta por Bronfenbrenner (2001), cuja base constitui-se de quatro componentes principais e as relações entre eles, compondo o modelo PPCT, uma referência aos elementos *processo – pessoa – contexto – tempo*. O construto *processo* define-se como a interação entre a pessoa e seu ambiente, considerado na TBDH

como o mecanismo primário produtor do desenvolvimento, especificamente os *processos proximais* (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006), que funcionam como mecanismo de estimulação do potencial genético para o desenvolvimento psicológico eficiente, fornecendo conteúdo para interações com o ambiente externo (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

Para que os processos proximais sejam efetivos, as interações devem ocorrer com regularidade, progressivamente mais complexas e em períodos prolongados de tempo. Um exemplo de processos proximais que podem se tornar duradouros é o ato de alimentar ou consolar um bebê. O poder de influência dos processos proximais, entretanto, varia em função das características da *pessoa* em desenvolvimento, do seu *contexto* ambiental imediato e mais remoto e dos períodos de *tempo* nos quais esses processos atuam. As características da *pessoa* podem influenciar o desenvolvimento pela sua capacidade de afetar os processos proximais, mas também podem se constituir como resultado do desenvolvimento, representado pelas características pessoais que emergem no curso da vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

O *contexto* ambiental mais imediato, em que as relações pessoais ocorrem face-a-face, é denominado na TBDH como *microssistema*. O conjunto de microssistemas em que a pessoa em desenvolvimento está inserida, e as relações entre eles, são designados *mesossistema* (BRONFENBRENNER, 1979/1996; BRONFENBRENNER, 1994).

OBJETIVO

O presente trabalho teve por objetivo conhecer as vivências e expectativas de mães com recém-nascidos pré-termo internados em unidades de terapia intensiva neonatal avaliando o estabelecimento dos processos proximais iniciais entre mãe e filho.

MÉTODO

SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES

Este trabalho apresenta a análise dos dados coletados na primeira fase de um estudo longitudinal sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta, envolvendo mães de recém-nascidos pré-termo (RNPTs) internados em duas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs), na cidade de Vitória-ES. Foram incluídas nesse estudo a UTIN particular Neocare – Cuidados Intensivos e Integrados em Neonatologia (UTIN A) e a UTIN do hospital universitário, pertencente ao sistema público de saúde (UTIN B).

As visitas aos hospitais foram planejadas com regularidade média de duas vezes por semana para cada um deles, tendo sido realizadas 46 visitas à UTIN A e 44 à UTIN B, para verificar a evolução clínica dos recém-nascidos, aqueles que

estavam nas salas de alto e médio risco, aqueles que receberam alta hospitalar ou os que foram transferidos para outro hospital. Os registros preliminares de 115 recém-nascidos (RNs) na UTIN A e 100 na UTIN B foram analisados para proceder à coleta dos dados quanto à idade gestacional, peso do RN, tipo de alimentação, situação de risco e cidade de residência dos pais. Estas informações iniciais se faziam importantes para direcionar a triagem conforme os critérios de seleção, ou seja, RNPT com idade gestacional inferior a 37 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), que não apresentassem distúrbios neurológicos, que já estivessem no setor de médio risco, cujas famílias residissem nos municípios da região metropolitana de Vitória ou municípios vizinhos, e cujas mães tivessem disponibilidade para participar da pesquisa longitudinal. Quanto às mães, não foram incluídas aquelas com comprometimento cognitivo, usuárias de drogas e com diagnóstico médico de depressão pós-parto. O maior motivo para não inclusão de participantes foi devido ao RN não estar no critério de prematuridade, o que ocorreu em 38 casos na UTIN A e 41 na B.

O número de participantes selecionadas para a primeira entrevista foi de 64, entretanto foram excluídos 02 (dois) casos em que as mães não concluíram a entrevista inicial e desistiram do estudo, permanecendo 62 participantes. As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a junho de 2011, no contexto da internação em UTIN, quando o RNPT estava em situação de médio risco.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo sob o nº 249/10, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas, realizadas individualmente, foram precedidas pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações sobre os objetivos do estudo e a participação voluntária. Todas as mães assinaram esse documento e para a mãe menor de idade (17 anos) o TCLE correspondente a sua participação foi assinado por um responsável.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O instrumento utilizado para a coleta dos dados dessa primeira fase foi uma entrevista com roteiro semiestruturado, contendo 56 questões fechadas e abertas sobre dados demográficos, econômicos, sociais e culturais, apoio social, internação do RNPT, aspectos ambientais da UTIN, relações iniciais mãe-bebê e expectativas futuras. A distribuição das participantes por classificação econômica foi realizada de acordo com o protocolo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2010), que enfatiza a segmentação conforme o poder aquisitivo das famílias e escolaridade do chefe da família. A divisão é realizada por classes econômicas, em ordem decrescente do

maior para o menor poder de compra, sendo elas as classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E,.

De acordo com a idade gestacional, os recém-nascidos foram classificados em: RN pré-termo extremo (<30 semanas), RN muito prematuro (30 a 33 semanas e seis dias) e RN pré-termo tardio (34 a 36 semanas e seis dias), seguindo o critério de prematuridade (<37 semanas). A classificação de acordo com o peso ao nascimento foi a seguinte: RN de extremo baixo peso (<1.000 gramas), RN de muito baixo peso (1.000 a 1.499 gramas) e RN de baixo peso (1.500 a 2.499 gramas), conforme apresentada por Ibidi e Cardoso (2011).

As entrevistas gravadas foram transcritas e numeradas sequencialmente. Em seguida as questões abertas foram categorizadas por aproximação semântica, com base na análise de conteúdo, que é constituída de um conjunto de instrumentos metodológicos cujo objetivo é a manipulação de mensagens pela descrição do seu conteúdo, visando obter indicadores que possam permitir a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. O foco não é a simples descrição dos conteúdos, mas a inferência para auxiliar nas interpretações conforme os objetivos previstos (BARDIN, 1977).

Para o presente trabalho foram analisados os aspectos relacionados à vivência das mães em UTIN. O planejamento do estudo foi baseado na TBDH, tendo como foco principal a avaliação dos processos proximais iniciais entre a mãe e o RNPT internado, considerando a influência do contexto, uma vez que a mãe estava dividida entre os microssistemas “casa” e “UTIN”, e também alguns aspectos pessoais como escolaridade da mãe, classificação econômica,

primiparidade, classificação de prematuridade do recém-nascido por idade gestacional e peso ao nascimento.

As respostas de cada item do roteiro da entrevista foram tabuladas utilizando o editor de dados SPSS versão 18.0 para Windows (SPSS INC., CHICAGO, IL, USA). Para o presente estudo alguns desses dados foram analisados por meio de estatística descritiva e análises bivariadas para verificar a relação entre as variáveis, utilizando-se o teste Qui-quadrado. Para as tabelas cruzadas, que apresentaram células com resultados esperados menores do que cinco para a hipótese nula, foi utilizado o teste Exato de Fisher, quando a variável de exposição admitia duas categorias, ou a Razão da Máxima Verossimilhança para os casos de mais de duas categorias. Para as variáveis métricas, após a aplicação do teste de normalidade Shapiro-Wilk, a comparação foi realizada por meio do teste *t* para médias quando a distribuição foi adequada ao modelo de Gauss, ou por meio do teste de Mann-Whitney (não-paramétrico) quando a distribuição não foi gaussiana (DAWSON; TRAPP, 2003; FIELD, 2009).

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

A idade das mães, considerando as 62 participantes que concluíram a entrevista inicial, variou de 17 a 42 anos, com média de 28,3 anos (desvio padrão 6,9). A escolaridade correspondente ao ensino fundamental, incompleto (EFI) ou

completo (EFC), e ensino médio incompleto (EMI) foi observada em 41,9% das participantes, enquanto 58,1% tinham concluído o ensino médio (EMC) ou a escolaridade era correspondente ao ensino superior, incompleto (ESI) ou completo (ESC). Nesta entrevista, 62,9% das participantes informaram que tinham trabalho remunerado, 4,8% estudavam e 32,3% declararam que não estavam inseridas no mercado de trabalho. Quanto à união civil, 87,1% declararam união estável e residiam com o pai do RN, 8,1% eram solteiras e 4,8% separadas ou divorciadas. A escolaridade do pai do RN correspondeu ao EFI, EFC e EMI para 38,7%, enquanto 59,7% tinham EMC, ESI ou ESC, e uma participante não soube informar (1,6%). Residiam na capital Vitória-ES 24,2% das mães, 64,5% nos municípios componentes da região metropolitana de Vitória, enquanto 11,3% eram residentes em cidades do interior do Estado do Espírito Santo ou outros Estados.

Quanto à classificação econômica, 41,9% das participantes eram das classes econômicas A2, B1 e B2, enquanto 58,1% eram das classes C1, C2 e D. A renda familiar informada foi de mais de cinco salários mínimos para 16,2% das participantes, mais de dois a cinco salários para 37,1% e até dois salários para 46,7%. Quanto ao tipo de residência, 66,2% tinham casa própria, 17,7% casa alugada e para 16,1% a casa era cedida ou residiam com parentes. Das participantes, 48,4% tinham plano de saúde particular e 51,6% eram usuárias do Sistema Único de Saúde do governo brasileiro, incluindo cinco participantes da UTIN particular.

Para 54,8% das participantes o recém-nascido (RN) era seu primeiro filho, para 30,6% era o segundo filho, 8,1% o terceiro, 3,2% o quarto, 1,6% o quinto e

em um caso (1,6%) era o décimo filho. A idade gestacional variou de 27,4 a 36 semanas, com média de 33,5 semanas (desvio padrão 2,21), sendo 27 (43,5%) com idade gestacional igual ou menor que 33 semanas e 6 dias (RN pré-termo extremo e RN muito prematuro) e 35 (56,5%) com idade gestacional entre 34 e menor que 37 semanas (RN pré-termo tardio). Entre os RNs, 48,4% eram do sexo masculino e 51,6% feminino; 17,7% apresentaram peso ao nascimento inferior a 1.500 gramas (RN de muito baixo peso ou RN de extremo baixo peso), 61,3% igual ou maior que 1.500 gramas, mas inferior a 2.500 gramas (RN de baixo peso), e 21% com 2.500 gramas ou mais. O tempo de internação foi bastante diversificado, variando de cinco a 180 dias, sendo que a maioria (72,6%) ficou entre cinco e 30 dias; 45,2% dos RNs receberam alimentação por meio de sonda orogástrica (SOG) por oito dias ou mais, para 45,2% o uso de SOG foi por até sete dias e não houve uso de SOG em 9,6% dos casos (a alimentação foi realizada por sonda nasogástrica, gastrostomia, ou por sucção no copo).

As variáveis categóricas quanto à escolaridade das mães, classificação econômica, primiparidade e classificação de prematuridade por idade gestacional foram testadas estatisticamente para verificar se haveria independência ou não entre as UTINs A e B, utilizando-se o teste Qui-quadrado e quando necessário o teste Exato de Fisher ou a Razão de Máxima Verossimilhança (Tabela 1). As variáveis métricas relativas ao tempo de permanência na UTIN (em dias) e tempo de uso de sonda orogástrica (em dias), após aplicação do teste de normalidade Shapiro-Wilk, foram comparadas para verificar se haveria diferença entre as UTINs aplicando-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das participantes quanto à escolaridade da mãe, classificação econômica, primiparidade e classificação de prematuridade do recém-nascido, de acordo com a UTIN.

Variáveis	UTIN				p-valor
	A		B		
	n	%	n	%	
Escolaridade da mãe					
EFI, EFC, EMI	8	22,9	18	66,7	0,001
EMC, ESI, ESC	27	77,1	9	33,3	
Classificação econômica					
Classes A2 / B1 / B2	19	54,3	7	25,9	0,025
Classes C1 / C2 / D	16	45,7	20	74,1	
Primiparidade					
Sim	21	60,0	13	48,1	0,352
Não	14	40,0	14	51,9	
Classificação de prematuridade por idade gestacional					
≤33 semanas e 6 dias (RN pré-termo extremo e muito prematuro)	17	48,6	10	37,0	0,258*
34 até < 37 semanas (pré-termo tardio)	18	51,4	17	63,0	
Total	35	100,0	27	100,0	-

* Teste Exato de Fisher

Tabela 2 – Tempo de internação e de uso de sonda orogástrica, de acordo com o tipo de UTIN.

Variáveis	UTIN	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Dias na UTIN	A	22,00	28,46	31,92	0,614
	B	24,00	30,41	25,56	
Dias de uso de sonda orogástrica	A	7,00	15,00	19,92	0,977
	B	6,00	14,26	21,31	

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA UTIN NA VISÃO DAS MÃES

Entre as mães participantes deste estudo, 72,6% (n=45) não tinham recebido informação durante o pré-natal de que o RN iria ficar internado em UTIN, enquanto 27,4% (n=17) foram informadas sobre essa possibilidade. Entre as 45 mães que não tiveram informação, 88,9% nunca haviam pensado nessa possibilidade e 11,1% tinham medo de que o RN tivesse alguma intercorrência, seja porque tiveram algum problema na gravidez ou já tinham ficado em UTIN com outro filho. Entre as 17 que haviam sido informadas durante a gravidez de que o bebê iria ficar em UTIN, 52,9% não se prepararam para aquele período de vivência na UTIN porque havia somente uma possibilidade quanto a essa necessidade ou estavam confiantes de que poderiam levar a gestação até o final, enquanto 47,1% declararam que se prepararam por meio de diálogo com o médico, apoio de parentes, apoio religioso, ou se prepararam psicologicamente para ter forças para ir todos os dias à UTIN e ajudar seus filhos.

As participantes descreveram a UTIN como um ambiente de cuidado e atenção, um ambiente claro, limpo, bem cuidado, organizado ou bem equipado, enquanto outras perceberam a UTIN como um ambiente de preocupação e tristeza ou observaram que o espaço físico poderia ser maior e uma das mães não respondeu (n=61). Não houve diferença estatisticamente significativa sobre a descrição do contexto e as UTINs A e B (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das participantes quanto à descrição do contexto da UTIN, conforme o tipo de unidade hospitalar.

Descrição do ambiente da UTIN	UTIN				p-valor
	A		B		
	n	%	n	%	
Ambiente de cuidado e atenção	17	48,6	14	53,8	0,972**
Ambiente de preocupação e tristeza	6	17,1	4	15,4	
Ambiente claro, limpo, bem cuidado, organizado, bem equipado	10	28,6	7	26,9	
Espaço físico poderia ser maior	2	5,7	1	3,8	
Total	35	100,0	26	100,0	-

** Razão da Máxima Verossimilhança

Na avaliação das mães sobre o que elas mais gostavam no ambiente da UTIN, a maioria (54,8%) ressaltou a qualidade do atendimento identificada pela atenção e dedicação dos funcionários, nas duas UTINs. O fato de ficar perto do filho foi relatado por 16,1% das mães, o silêncio por 6,5%, outras percepções positivas por 14,5%, enquanto 6,5% responderam que nada fazia sentido, por se tratar de um ambiente hospitalar e uma não respondeu (1,6%). Quanto à percepção do que elas menos gostavam no ambiente da UTIN, 32,3% responderam que não existia nada de grave porque tudo o que estava presente naquele ambiente era necessário, outras (19,4%) responderam sobre os diversos aparelhos que denotavam que a saúde do RN poderia estar se agravando, 12,9% relataram sobre a tristeza por vivenciar outros RNs em situação mais grave, 12,9% que era o momento de voltar para casa sem o filho, 9,7% o espaço físico era pequeno, 4,8% a rigidez nas regras e horários, 3,2% a demora para que as técnicas atendessem o RN, 1,6% o cheiro de hospital e 3,2% não responderam a esta questão.

O apoio recebido pela equipe hospitalar conforme o relato das mães foi analisado sob três aspectos principais, conforme seu foco de percepção: apoio total à mãe (45,2%), atenção à mãe e ao RN, incluindo orientações, informações sobre a saúde do bebê e apoio psicológico (41,9%) e cuidado total ao RN, ressaltando atendimento e dedicação da equipe (9,7%), sendo que duas mães não responderam a esta questão (3,2%). Quanto à pessoa da equipe que dava maior apoio à mãe, 24,2% não especificaram uma pessoa, referindo-se a todos, e as demais responderam por categoria profissional, sendo 29% as técnicas de enfermagem, 17,8% a psicóloga, 6,5% os médicos, 3,2% a assistente social, enquanto 16,1% indicaram mais de um integrante da equipe entre médicos, psicóloga, técnica de enfermagem e enfermeira e duas participantes não responderam (3,2%). As mães relataram que se relacionavam melhor com as técnicas de enfermagem (35,5%), 33,9% se relacionavam bem com todos, 12,9% indicaram a psicóloga, 6,5% os médicos, enquanto 8% indicaram mais de uma categoria profissional entre médicos, técnicas de enfermagem, psicóloga, enfermeira e fonoaudióloga, e duas não responderam (3,2%).

O apoio recebido de familiares durante o período de internação do RN na UTIN foi avaliado em relação à visita e também quanto ao apoio para cuidar dos outros filhos. O relato de 48,4% das mães foi de que elas tinham o apoio de três ou mais pessoas, 45,2% tinham apoio de até duas pessoas e 6,5% relataram que não tinham apoio. As visitas do pai ao filho internado foram relatadas com frequência diária ou pelo menos cinco vezes por semana em 64,5% dos casos, até quatro vezes por semana em 24,2%, somente aos domingos em 4,8% e em 6,5% o pai não havia visitado o RN até o dia da entrevista. Nos casos em que a

frequência de visita do pai era de quatro vezes ou menos, a justificativa para a baixa frequência de visita ao RN, apresentada pela mãe, foi o tipo de trabalho do pai ou o local da residência, que era distante do hospital.

PROCESSOS PROXIMAIS INICIAIS ESTABELECIDOS PELAS MÃES COM O RNPT NA UTIN

O período em que a mãe estava vivenciando a internação do filho em UTIN foi descrito por 45,2% das participantes como de “tristeza e preocupação”. Este sentimento era gerado principalmente devido às intercorrências vividas pelos outros RNs e presenciadas por elas, gerando a preocupação pelo que também poderia ocorrer com seu filho, ao sofrimento devido à separação do RN, à vontade de levá-lo para casa e à preocupação também com o filho mais velho que estava aos cuidados de outra pessoa. Outras mães (24,2%) consideraram “cansativo, mas necessário à sobrevivência do filho”, enquanto 30,6% declararam que, embora no início tenha sido muito difícil e doloroso, agora relatavam “mais tranquilidade e felicidade com a recuperação do filho” e “crescimento pessoal”, referindo-se à aprendizagem que obtiveram com a equipe da UTIN. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a forma como as mães estavam vivenciando a internação de seus filhos e a escolaridade materna ($p=0,448$), classificação econômica ($p=0,154$), tipo de UTIN ($p=0,312$) e classificação de prematuridade por idade gestacional ($p=0,632^{**}$), pelos testes de Qui-quadrado e Razão da Máxima Verossimilhança (**).

A frequência com que as mães permaneceram com o RNPT na UTIN foi avaliada em número de horas por dia. A maioria das mães (75,9%) ficava mais de seis horas por dia em contato com o filho (algumas delas permaneceram hospitalizadas no mesmo período em que o RN esteve internado na UTIN e para outras mães um alojamento foi providenciado dentro do próprio hospital - UTIN B); enquanto 24,2% ficaram diariamente por seis horas ou menos ou não tiveram contato diário com o filho. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre o tempo de permanência da mãe com o RN na UTIN e escolaridade, classificação econômica, primiparidade, classificação de prematuridade, tipo de UTIN, vivência da internação e avaliação dicotômica se o tempo de permanência na UTIN era suficiente para estabelecer o vínculo com o bebê, como pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das participantes quanto à escolaridade da mãe, classificação econômica, primiparidade, tipo de UTIN, classificação de prematuridade, vivência da internação e suficiência do tempo de permanência para estabelecer o vínculo, conforme o tempo de permanência da mãe na UTIN.

Variáveis	Tempo de permanência da mãe com o filho na UTIN				p-valor
	Até 6 horas		Mais de 6 horas		
	n	%	n	%	
Escolaridade da mãe					
EFI, EFC, EMI	6	40,0	20	42,6	0,861
EMC, ESI, ESC	9	60,0	27	57,4	
Classificação econômica					
Classes A2 / B1 / B2	5	33,3	21	44,7	0,438
Classes C1 / C2 / D	10	66,7	26	55,3	
Primiparidade					
Sim	6	40,0	28	59,6	0,185
Não	9	60,0	19	40,4	
UTIN					
A	11	73,3	24	51,1	0,130
B	4	26,7	23	48,9	
Classificação de prematuridade por idade gestacional					
≤ 33 semanas e 6 dias	9	60,0	18	38,3	0,120*
34 até < 37 semanas	6	40,0	29	61,7	
Vivência da internação do bebê					
Tristeza / Preocupação	6	40,0	22	46,8	0,051
Cansativo mas necessário à sobrevivência do bebê	1	6,7	14	29,8	
Mais tranquilidade e felicidade com a recuperação do bebê / Crescimento pessoal	8	53,3	11	23,4	
Tempo de permanência com o filho na UTIN suficiente para estabelecer o vínculo					
Sim	6	40,0	25	53,2	0,374
Não	9	60,0	22	46,8	
Total	15	100,0	47	100,0	-

* Teste Exato de Fisher

Quanto à justificativa da suficiência do tempo de permanência da mãe na UTIN, entre as 47 que ficaram diariamente por mais de seis horas junto com o RN, 25 (53,2%) consideraram o tempo suficiente porque permaneciam o tempo todo permitido pela equipe (n=11) ou que o vínculo já existia desde a gestação (n=14), mas 22 (46,8%) consideraram que o tempo não era suficiente para estabelecer o vínculo com o filho porque seria necessário que ele ficasse com a

mãe o tempo todo para ser amamentado também à noite. Já entre as 15 mães que ficaram com o RN na UTIN durante seis horas/dia ou menos, seis (40%) consideraram que o tempo era suficiente porque o vínculo já existia desde a gestação e nove (60%) consideraram que o tempo não era suficiente, mas elas não permaneciam um tempo maior alegando problemas de sua própria saúde, dificuldade de deslocamento de sua residência até o hospital ou a necessidade de cuidar de outro(s) filho(s).

Para estabelecer o vínculo com o filho, puderam ser extraídos dos relatos das mães três tipos de interação: o primeiro tipo foi descrito nas várias formas de “contato” físico com o RN como, por exemplo, no ato de pegar no colo, na posição mãe-canguru, no fazer um carinho ou participar dos cuidados como troca de fralda; o segundo tipo de interação foi definido como uma espécie de “conversa”, incluindo os atos de falar e cantar com o objetivo de fazer o RN ouvir a voz da mãe; e o terceiro foi a valorização da “amamentação” como forma de interação com o filho. A distribuição percentual das participantes ocorreu na forma de combinações desses tipos de interação, nas quais o relato de “conversa” ocorreu em 14,5%, “contato e conversa” em 50% dos relatos, “contato e amamentação” em 12,9% e “contato, conversa e amamentação” em 22,6%.

O sentimento quando a mãe estava junto ao filho foi categorizado na maioria dos relatos (67,7%) como “amor”, nas suas várias formas de expressão como felicidade plena, sentimento maravilhoso, carinho e forte emoção; na categoria “realização” (16,2%) se enquadraram as descrições referentes a completude e fortalecimento do sentimento de mãe; ao passo que 8,1% das participantes se referiram à “vontade de levar o filho para casa”, 3,2% relataram

“alívio” porque ele agora estava bem, 3,2% “tristeza por ele estar na UTIN” e uma das mães (1,6%) começou a chorar e não respondeu.

A avaliação das mães quanto à mudança no RN quando ele estava junto delas demonstrou que para 77,4% o filho ficava mais calmo, dormia melhor, mostrava sinais faciais de que reconhecia a mãe e sentia mais confiança na sua presença segurando seu dedo com força. Para 14,5% o RN ficava mais dengoso, choroso como uma solicitação de colo ou desperto para que fosse amamentado; 6,5% não haviam percebido ainda qualquer alteração no RN e uma das mães não respondeu (1,6%).

Outra questão investigada referia-se à consequência que o período de internação traria para a relação da mãe com o seu filho no futuro. Para a maioria (66,2%) a resposta foi “nenhuma” justificando que não teria nada que pudesse afetar a relação, que elas ficavam o tempo todo permitido pela equipe da UTIN, que iriam compensar o tempo após o retorno para casa, que o filho não iria ficar muito tempo internado ou porque elas aprenderam com a equipe da UTIN a manusear e a interagir com o RNPT; para 16,1% a consequência seria o estabelecimento de um elo maior de aproximação, com maior apego na relação; 3,2% relataram que poderia haver dificuldade para estabelecer a amamentação ou para os cuidados em casa, ressaltando a sua inexperiência como primíparas justificando que na UTIN eles tinham uma forma diferente para cuidar do RN. Oito mães (12,9%) declararam que não sabiam como responder a essa questão e uma (1,6%) não respondeu.

DISCUSSÃO

Analisando os dados deste estudo a partir da avaliação dos processos proximais, principal construto da TBDH (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006), observou-se as vivências e expectativas de mães com RNPTs internados em UTIN acerca da sua percepção deste contexto e os processos proximais iniciais estabelecidos com seus filhos. A realização do estudo em UTINs inseridas em dois contextos sociais distintos foi necessária para a triagem de participantes com diversidade quanto à classificação econômica e escolaridade, variáveis que seriam importantes para o acompanhamento longitudinal do estudo.

Na UTIN A, a escolaridade correspondente ao EMC, ESI e ESC foi observada com maior frequência (77,1%), enquanto na UTIN B foi mais comum o EFI, EFC e EMI (66,7%); da mesma forma as classes econômicas A2, B1 e B2 foram observadas com maior frequência na UTIN A e as classes C1, C2 e D na UTIN B, sendo que em ambos os casos as diferenças foram estatisticamente significantes (Tabela 1). As demais variáveis do estudo como primiparidade e classificação de prematuridade por idade gestacional (Tabela 1), tempo de internação na UTIN, uso de sonda orogástrica (Tabela 2), e descrição do ambiente da UTIN (Tabela 3), não apresentaram diferenças estatísticas entre as UTINs A e B e, portanto, foram avaliadas conjuntamente. As comparações por escolaridade e classificação econômica foram realizadas na análise dos eixos temáticos *vivência da internação do filho e tempo de permanência da mãe na UTIN*.

Avaliando algumas características pessoais e do contexto, observou-se que para 54,8% das participantes o RN era seu primeiro filho, em 56,5% a idade gestacional foi igual ou maior que 34 semanas (pré-termo tardio), 79% dos RNs tinham peso inferior a 2.500 gramas e 90,3% usaram sonda orogástrica. Embora o período de internação tenha variado de cinco a 180 dias, a maioria (72,6%) ficou na UTIN entre cinco e 30 dias. Mesmo para RNPT com maior idade gestacional, a prematuridade e baixo peso ao nascimento podem se constituir como maior risco ao desenvolvimento (SILVEIRA et al., 2008; ESPÍRITO SANTO; PORTUGUEZ; NUNES, 2009) e à apresentação de sintomas depressivos e de ansiedade nas suas mães (MILES et al., 2007; PADOVANI et al., 2009; WAKELY; RAE; COOPER, 2010; KHAN et al., 2008; RUDDLE, 2006), potencialmente capazes de refletir na interação mãe-bebê (FELDMAN; EIDELMAN, 2006; ZELKOWITZ et al., 2009). Como pode ser observado no presente estudo, a maioria das mães não havia recebido informação prévia de que o RN poderia ficar internado em UTIN e nunca tinha sequer pensado nessa possibilidade; mesmo entre as que haviam sido informadas sobre a necessidade de UTIN, a maioria estava confiante de que poderia completar o tempo gestacional e não se prepararam para enfrentar a situação. Essa constatação reforça a necessidade da assistência humanizada às mães com programas para estimular estratégias de enfrentamento (MELNYK et al., 2006; MILES et al., 2007; MELNYK et al. 2008).

Apesar dessa situação inesperada, o empenho dos profissionais da UTIN pode criar oportunidades para familiarização com o contexto hospitalar (MELNYK et al., 2006; SILVA; SILVA, 2009), como pode ser observado no presente estudo

quanto à descrição do contexto da UTIN, que foi percebido como um ambiente de cuidado e atenção, bem equipado e organizado, tanto na UTIN A quanto na B. A influência das relações estabelecidas pelas mães com os profissionais da UTIN é característica da análise do *mesossistema* na teoria bioecológica (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 1994), uma vez que elas estavam inseridas em dois microsistemas (residência e UTIN) e ficou evidenciada pelo destaque que a maioria das participantes efetuou à qualidade do atendimento, identificada pela atenção e dedicação dos funcionários, quando avaliaram o que mais gostavam na UTIN. Nessa integração com o ambiente, o que as mães menos gostavam na UTIN eram os aparelhos que indicavam que a saúde do RN poderia estar se agravando, a tristeza por vivenciar outros RNs em situação mais grave e o momento de retornar para o lar sem o filho. Essa separação física devido à internação do RN pode dificultar a interação inicial mãe-bebê (CAMARNEIRO, 2009), o que também legitima o suporte profissional às mães.

Durante a internação hospitalar o foco do atendimento clínico é o bebê pré-termo e sua evolução. Entretanto, o conhecimento acerca dos pensamentos, sentimentos e crenças maternos, enfim, a compreensão do universo psicológico da mãe, é relevante como auxílio para orientar a adequada implementação de estratégias facilitadoras do cuidado individualizado do bebê (CORREIA; CARVALHO; LINHARES, 2008), visando à redução do tempo de internação (MELNYK et al., 2006; MILES et al., 2007; MELNYK et al. 2008). No presente estudo, o apoio da equipe hospitalar foi percebido pelas mães sob três aspectos principais: apoio total à mãe (45,2%), apoio à mãe e ao RN (41,9%) e cuidado total ao RN (9,7%). Na TBDH, na análise do contexto, o mais importante é como o

ambiente é *percebido* pela pessoa em desenvolvimento, (BRONFENBRENNER 1994), de forma que nessa avaliação, 87,1% das participantes relataram que receberam apoio da equipe hospitalar direcionado a elas, além do cuidado inerente ao RN. Os profissionais da UTIN que as participantes se referiram como aqueles que davam maior apoio a elas e com quem elas se relacionavam melhor foram as técnicas de enfermagem, provavelmente porque eram os profissionais que passavam um tempo maior em contato com as mães, seguido pelas psicólogas, considerando entre as que responderam por categoria profissional.

A maioria das participantes (93,6%) relatou que recebeu apoio de familiares durante a internação do RN, avaliado tanto em relação à visita à UTIN quanto ao apoio para cuidar dos outros filhos. A importância do apoio familiar foi demonstrada por Taubman-Bem-Ari, Findler e Kuint (2010), quando avaliaram o apoio recebido por mães de gêmeos nascidos pré-termo, especialmente o apoio de suas próprias mães, para a superação do *stress* inicial relacionado à hospitalização do filho. Quanto ao apoio do pai do RN, a maioria (88,7%) das participantes do presente estudo respondeu que ele fazia visitas regulares ao filho internado, fato percebido por elas como apoio fundamental, o que está em consonância com a literatura, particularmente em relação ao apoio diante de situações de doença grave do RN (LEE; MILES; HOLDITCH-DAVIS, 2006).

A forma como as mães estavam vivenciando a internação do filho em UTIN foi descrita com foco nos componentes emocionais da sua vivência naquele ambiente, com forte influência dos processos proximais estabelecidos naquele contexto. O sofrimento da separação, a fragilidade do filho e as intercorrências com os outros RNs foram evidenciados no relato de tristeza e preocupação, que

também pode ser percebido na resignação destas mães ao considerarem essa vivência cansativa, mas necessária à sobrevivência do filho. Mesmo entre aquelas que relatavam mais tranquilidade e felicidade com a recuperação do filho, essa declaração veio precedida do relato de que o período inicial da internação foi muito difícil e doloroso, demonstrando que a internação do filho em UTIN é impactante para a mãe. A vivência da mãe em UTIN não diferiu conforme a escolaridade, classificação econômica, tipo de UTIN e classificação de prematuridade por idade gestacional. Como discutido na literatura (WAKELY; RAE; COOPER, 2010; KHAN et al., 2008; RUDDLE, 2006), a hospitalização do RNPT é um evento estressante e emocionalmente desafiador para as mães, capaz de gerar impacto no seu comportamento.

Para minimizar os efeitos das reações emocionais de medo e culpabilidade pela fragilidade do filho tem sido indicado o livre acesso da mãe ao RNPT internado (CAMARNEIRO et al., 2009). No presente estudo, a maioria das mães (75,9%) permanecia mais de seis horas por dia em contato com o filho, enquanto 24,2% ficaram por seis horas ou menos ou não tiveram contato diário. Na UTIN B uma pequena parcela das mães (19,4%) ficou em um alojamento dentro do próprio hospital, o que facilitava o acesso ao filho. Não houve diferença estatística quanto ao tempo de permanência da mãe com relação à escolaridade, classificação econômica, primiparidade, idade gestacional, tipo de UTIN, vivência da internação e se esse tempo era suficiente para estabelecer o vínculo com o bebê (Tabela 4).

Quanto à justificativa sobre a suficiência do tempo de permanência da mãe na UTIN para estabelecer o vínculo com o RN, as mães que consideraram que o

tempo era suficiente explicaram que ficavam o tempo todo permitido pela equipe ou que o vínculo já existia desde a gestação; já aquelas que consideraram que o tempo não era suficiente relataram que seria necessário ficar o tempo todo ao lado do RN para que fosse amamentado também à noite (mesmo aquelas que ficaram o tempo todo permitido) ou justificaram que elas não permaneciam um tempo maior devido a problemas de sua própria saúde ou à distância em relação à residência.

A partir da análise do relato das mães pode ser observado que elas elaboraram estratégias de enfrentamento para reduzir o impacto que a separação física poderia gerar na interação mãe-bebê. Um dos temas norteadores da entrevista foi a forma como a mãe procurava estabelecer o vínculo com o filho. Pode ser percebida a combinação de três tipos positivos de processos proximais iniciais: o contato físico, a conversa para o RN ouvir a voz da mãe e a amamentação. Deve ser pontuado nesse momento que todas as entrevistas para esse estudo foram realizadas quando os RNs estavam na sala do médio risco, nas duas UTINs, o que já permitia uma interação maior entre mãe e filho. As estratégias que foram usadas pelas mães encontraram respaldo na literatura quando Jonhson (2007) discutiu o aumento da confiança das mães quando era utilizado o método mãe-canguru, que tem como uma das finalidades a promoção de maior contato físico entre a mãe e o RN, ou quando a influência da mãe cantar para seu bebê foi analisada por Cevasco (2008), ou ainda quando da análise da importância da amamentação como forma de interação (FELDMAN; EIDELMAN, 2003). O período da internação em UTIN representa um tempo apropriado para o surgimento de interações alimentares positivas entre a mãe e o RN, intervenção

diante de dificuldades e promoção da sensibilidade materna, objetivando otimizar as interações iniciais (SILBERSTEIN et al., 2009).

Quando questionadas sobre a consequência que o período de internação poderia ter na relação mãe-bebê, a resposta da maioria foi de que não teria consequência, enquanto outras participantes responderam que haveria um maior apego na relação mãe-bebê. Elas argumentaram que iriam compensar o tempo após o retorno ao lar e ressaltaram que aprenderam com os profissionais da UTIN a manusear e a interagir com o RNPT, o que reafirma a importância de se analisar pela TBDH os processos proximais estabelecidos em um contexto conforme esse contexto é *percebido* pela pessoa. A maioria das participantes estava sendo mãe pela primeira vez; apesar de inseridas em um contexto adverso, as mães estavam enfrentando essa transição ecológica demonstrando sinais de crescimento pessoal, recorrendo a seus próprios recursos biopsicológicos (BRONFENBRENNER, 1979/1996) para enfrentamento das adversidades, impulsionadas pelo amor ao filho e pela realização da maternidade. Apenas uma pequena parcela das participantes respondeu que o sentimento quando elas estavam junto ao filho era de tristeza por ele estar na UTIN.

A avaliação das mães sobre a reação do filho quando ele estava junto delas já despertava alguns sinais de interação recíproca e processos proximais positivos como a percepção de expressões faciais de que ele reconhecia a mãe, que ele ficava mais calmo ou até mesmo que ele ficava mais dengoso, choroso, solicitando aconchego no colo. Vale enfatizar que entre as proposições da TBDH (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006), as condições que limitam a integridade funcional, como o baixo peso ao nascimento, podem influenciar o estabelecimento

de processos proximais efetivos, mas a experiência e habilidades que a mãe vai adquirindo e as características de resposta do bebê podem atrair e ampliar o poder dos processos proximais de forma construtiva, cujo objetivo maior será o de minimizar os efeitos do nascimento pré-termo sobre o desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de internação dos RNPTs variou de cinco a 180 dias e todas as mães foram entrevistadas quando seus filhos estavam em situação de médio risco, definido pela equipe médica das UTINs. Embora a maioria dos RNs tenha sido classificada como pré-termo tardio, o peso ao nascimento foi classificado como baixo peso, muito baixo peso e extremo baixo peso, característica pessoal com potencial limitador da integridade funcional, com risco ao desenvolvimento devido à sua capacidade de influenciar os processos proximais iniciais (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

A maioria das participantes do estudo não teve informação prévia de que o filho iria precisar de UTIN e nunca tinha pensado nessa possibilidade. A descrição da UTIN foi definida principalmente como um ambiente de cuidado e atenção. O apoio da equipe hospitalar direcionado às mães, além do cuidado inerente ao RN foi percebido por 87,1% das participantes, especialmente com referência ao apoio das técnicas de enfermagem. O apoio de familiares foi relatado por 93,6% e o apoio frequente do pai do RN por 88,7%.

O presente estudo desenvolvido nesse contexto possibilitou a análise da vivência em UTIN de mães de RNPTs conforme esse contexto foi percebido por elas, com base na TBDH (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 2001) permitindo que se concluísse que:

A vivência em UTIN durante o período de internação dos filhos nascidos pré-termo foi avaliada pelas mães como um evento impactante nas suas vidas, independente da escolaridade, classe econômica, tipo de UTIN (pública ou particular) e idade gestacional. As categorias extraídas dos relatos foram os sentimentos de tristeza e preocupação, uma rotina cansativa, mas necessária à sobrevivência do filho e, mesmo entre aquelas que já relatavam mais tranquilidade e felicidade com a recuperação do bebê, o período inicial foi descrito como muito difícil e doloroso.

As expectativas com relação às consequências que o período de internação poderia ter na relação mãe-bebê foram avaliadas sob uma perspectiva positiva e otimista de que haveria um apego maior na relação, que não teria consequência negativa porque iriam compensar o tempo após o retorno ao lar e algumas até ressaltaram que aprenderam com os profissionais das UTINs a lidar com o RNPT, demonstrando crescimento pessoal. Essa avaliação positiva das mães quanto à expectativa futura pode ser interpretada pela teoria bioecológica como uma predição do estabelecimento de processos proximais efetivos, atuando como indicativo de desenvolvimento saudável para o bebê.

Os processos proximais iniciais para estabelecer o vínculo com o RN resultaram da combinação de três tipos principais: contato físico, conversa e

valorização da amamentação como forma de interação para estabelecer o vínculo com o filho. A interação recíproca começou a ser percebida pela mãe a partir das expressões faciais do bebê quando ela estava presente.

O tempo de permanência da mãe em contato com o filho na UTIN, fundamental para a regularidade dos processos proximais, foi maior que seis horas diárias, na maioria dos casos, independente da escolaridade, classe econômica, primiparidade, idade gestacional, tipo de UTIN, avaliação da vivência da internação e da suficiência desse tempo de permanência da mãe na UTIN para estabelecer o vínculo com o bebê. A maioria justificou que o tempo era suficiente para estabelecer o vínculo porque ficava o tempo todo permitido pela equipe ou porque o vínculo já existia desde a gestação. Apesar das adversidades, as mães estavam enfrentando essa transição ecológica demonstrando sinais de crescimento pessoal, a partir dos seus próprios recursos biopsicológicos, apoio familiar e apoio da equipe hospitalar multiprofissional, impulsionadas pelo amor ao filho e pela realização da maternidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**, 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>> Acesso em: 21 de outubro de 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223p.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979/1996. p. 5-197.

_____. Ecological models of human development. In: POSTLETHWAITE, T. N. **International Encyclopedia of Education**. 2. ed. Vol. 3. Oxford, England: Pergamon Press/Elsevier Science, 1994. p. 1643-1647.

_____. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, Washington, v. 32, n. 7, p. 513-531, 1977.

_____. The bioecological theory of human development. In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. **International Encyclopaedia of the Social and Behavioural Sciences**. Oxford: Elsevier, 2001. p. 6963-6970.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development**. New York: John Wiley & Sons, 2006. p. 793-828.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. **Psychological Review**, Washington, v. 101, n. 4, p. 568-586, 1994.

CAETANO, L. C.; FUJINAGA, C. I.; SCOCHI, C. G. S. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: Estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 232-236, 2003.

CAMARNEIRO, A. P. F. et al. Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 40, n. 2, p. 53-57, 2009.

CEVASCO, A. M. The effects of mothers' singing on full-term and preterm infants and maternal emotional responses. **Journal of Music Therapy**, Lawrence, v. 45, n. 3, p. 273-306, 2008.

CORREIA, L. L.; CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.1, p. 64-70, 2008.

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística - Básica e clínica**, 3.ed. Porto Alegre: Mcgraw-hill Interamericana, 2003. p. 117-140.

ESPIRITO SANTO, J. L.; PORTUGUEZ, M. W.; NUNES, M. L. Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 1, 2009. p. 35-41.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. **Developmental Psychobiology**, New York, v. 43, n. 2, p. 109-119, 2003.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Neonatal state organization, neuromaturation, mother-infant interaction, and cognitive development in small-for-gestational-age premature infants. **Pediatrics**, Evanston, v. 118, n. 3, p. 869-878, 2006.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 606-639.

IBIDI, S. M.; CARDOSO, L. E. M. B. Classificação do recém-nascido: cuidados com o RN PIG e RN GIG. In: VAZ, F. A. C. et al. **Neonatologia**. Barueri: Manole, 2011. p. 3-6.

JOHNSON, A. N. The maternal experience of kangaroo holding. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 36, n. 6, p. 568-573, 2007.

KHAN, N. Z. et al. Stress in mothers of preterm infants in Bangladesh: associations with family, child and maternal factors and children's neuro development. **Child care, Health and Development**, Oxford, v. 34, n. 5, p. 657-664, 2008.

LEE, T.; MILES, M. S.; HOLDITCH-DAVIS, D. Fathers' support to mothers of medically fragile infants. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 46-55, 2006.

LIBERA, A.; DARMOCHWAL-KOLARZ, D.; OLESZCZUK, J. Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery. **Medical Science Monitor**, Warsaw, v. 13, n. 3, p.125-30, 2007.

LINHARES, M. B. M.; MARTINS, I. M. B.; KLEIN, V. C. Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In: MATURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e proteção: Indicadores da Trajetória de Desenvolvimento do Escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 39-74.

MILES, M. S. et al. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, Baltimore, v. 28, n. 1, p. 36-44, 2007.

MELNYK, B. M. et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized controlled trial. **Pediatrics**, Evanston, v. 118, n. 5, p. e1414-e1427, 2006.

MELNYK, B.M. et al. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. **Nursing Research**, New York, v. 57, n. 6, p. 383-94, 2008.

- PADOVANI, F. H. et al. Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. **Psychological Reports**, Montana, v. 104, n. 2, p. 667-79, 2009.
- RUDDLE, T. "Being on the other side": a mother's experience of intensive care. **Pediatric Nursing**, Pitman, v. 18, n. 4, p. 27-28, 2006.
- SILBERSTEIN, D. et al. The transition to oral feeding in low-risk premature infants: Relation to infant neurobehavioral functioning and mother–infant feeding interaction. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 85, n. 3, p. 157-62, 2009.
- SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2009.
- SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008.
- TAUBMAN-BEN-ARI, O.; FINDLER, L.; KUINT, J. Personal growth in the wake of stress: the case of mothers of preterm twins. **Journal of Psychology**, v. 144, n. 2, p. 185-204, 2010.
- WAKELY, L. T.; RAE, K.; COOPER, R. Stoic survival: the journey of parenting a premature infant in the bush. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 10, n. 3, p. 1475, 2010.
- WORLD Health Organization. **What is a preterm baby?** Disponível em <http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/en/> Acesso em: 08 de maio de 2014.
- ZELKOWITZ, P. et al. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. **Early Human Development**. v. 85, n. 1, p. 51-58, 2009.

5.3 ESTUDO 3 - CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE BEBÊS
NASCIDOS PRÉ-TERMO SOBRE SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA:
FOLLOW-UP DE SEIS MESES

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PRÉ-TERMO SOBRE SUÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA: FOLLOW-UP DE SEIS MESES

RESUMO

Introdução: O uso de chupeta tem sido muito frequente entre crianças na população geral, mas estudos entre crianças nascidas pré-termo são escassos. **Objetivo:** Conhecer as expectativas de mães de recém-nascidos pré-termo internados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e sua vivência para lidar com a sucção nutritiva e não nutritiva nos primeiros seis meses. **Método:** Um total de 62 mães foi entrevistado durante a internação dos filhos em duas UTINs (pública e particular) e 52 compareceram para acompanhamento aos seis meses de idade. Após análise de conteúdo, os dados foram tabulados utilizando o programa SPSS versão 18.0 e análise estatística principalmente com testes Qui-quadrado e Mann-Whitney. **Resultados:** A tentativa de oferta da chupeta ocorreu para 96,2% dos bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN e seu uso em 50%; sucção de dedo, 19,2%; mamadeira, 75%; e aleitamento materno exclusivo (AME) ≥ 3 meses, 53,8%. O uso de chupeta foi alto entre crianças da família (irmãos-51,9%; primos-76,9%), reforçando aspectos culturais. Apresentaram associação estatisticamente significativa com maior uso de chupeta: prematuridade avaliada pela relação peso/idade-gestacional (p -valor=0,044), dificuldade para estabelecer ou manter aleitamento materno (AM) após alta da UTIN ($p=0,012$) e primiparidade ($p=0,02$); relação com menor frequência de chupeta: AME ≥ 3 meses ($p=0,026$) e tempo de AM ≥ 6 meses ($p=0,004$). A dificuldade para AM após alta hospitalar foi associada com maior tempo de UTIN ($p=0,007$) e maior tempo de sonda orogástrica ($p=0,006$). **Conclusão:** A oferta da chupeta para bebês nascidos pré-termo apresentou grande influência cultural, mas sua aceitação pelo bebê ocorreu principalmente devido às dificuldades encontradas pelas mães para estabelecerem o AME.

Palavras-chave: Chupetas. Comportamento de sucção. Aleitamento materno. Cultura. Prematuro.

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PRETERM INFANTS' MOTHERS ABOUT NUTRITIVE AND NON-NUTRITIVE SUCKING: SIX-MONTH FOLLOW-UP

ABSTRACT

Introduction: The use of pacifiers has been very frequent among children in the general population, but studies involving preterm children are scarce. **Purpose:** Understand expectations of mothers of preterm newborns hospitalized in neonatal intensive care unit (NICU) and their experience to deal with nutritive and non-nutritive sucking in the first six months. **Method:** A total of 62 mothers was interviewed during hospitalization of their children at two NICUs (public and private) and 52 of them came back for follow-up within six months. After content analysis, data were tabulated using software SPSS version 18.0 and statistical analysis, mainly chi-square and Mann-Whitney tests. **Results:** Attempt of pacifier offer took place for 96.2% of preterm infants discharged from NICU and it was used by 50%; finger sucking, 19.2%; baby bottle, 75%; and exclusive breastfeeding (EBF) ≥ 3 months, 53.8%. The use of pacifiers was high among family members (siblings – 51.9%; cousins-76.9%), which reinforced cultural aspects. The following showed statistically significant association with higher use of pacifiers: prematurity assessed by weight/gestational age ratio (p -value=0.044), difficult to start or continue breastfeeding (BF) after NICU discharge (p =0.012) and primiparity (p =0.02); relation with lower frequency of pacifier: EBF ≥ 3 months (p =0.026) and BF length ≥ 6 months (p =0.004). Difficulty in BF after discharge was associated to higher NICU length (p =0.007) and higher length of orogastric tube (p =0.006). **Conclusion:** Offering pacifiers to preterm infants showed strong cultural influence, but their acceptance occurred mainly due to mothers' difficulty in EBF.

Key-words: Pacifiers. Sucking behavior. Breast Feeding. Culture. Infant, premature.

INTRODUÇÃO

A cultura é produto de um processo de desenvolvimento originado a partir das ligações entre história individual e história social. O desenvolvimento do pensamento tem seu curso partindo do nível socializado para o individualizado. No período inicial, antes de controlar seu próprio comportamento, a criança começa a produzir novas relações com o ambiente, a partir das fases precursoras da linguagem, representadas pelo choro e balbúcio, o que vai gerar uma nova organização do seu comportamento. O processo de internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas envolve reconstituição cultural da atividade psicológica e constitui o aspecto característico da complexa estrutura humana (VYGOTSKY, 1998, 2000).

A apropriação da cultura pelas gerações precedentes pode ser expressa no significado de um objeto, um instrumento, um fenômeno cultural, enfim, o acúmulo de informações que se refletem em crenças e práticas. Por exigência da atividade social, o produto cultural vai sofrendo transformações e aperfeiçoamento, mas esse produto representa a síntese da atividade humana, tem os traços característicos da criação humana e, portanto, é um objeto *social* (LEONTIEV, 2004; DUARTE, 2004).

Os padrões globais de ideologia e a organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou parte dela, são referidos como *macrossistema* na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Essa organização cultural pode atuar como agente de influência para a pessoa em

desenvolvimento definindo seu modo de interação nos vários ambientes em que está inserida (BRONFENBRENNER, 1979/1996).

Com o objetivo de verificar a presença de aspectos culturais em estudos publicados sobre hábitos de sucção de chupeta, Dadalto e Rosa (2013) constataram que a chupeta constitui um *objeto cultural* e sua oferta pelos adultos e uso pelas crianças representa um *fenômeno cultural*, que sofreu alterações ao longo dos séculos. Desde as tradições antigas de providenciar artefatos feitos em tecido para o lactente sugar, que seriam os precursores da chupeta moderna (SELMER-OLSEN, 2007), a oferta da chupeta é motivo de controvérsia entre profissionais de saúde, que podem recomendar ou desaconselhar seu uso com base também em experiências pessoais (LOZANO DE LA TORRE et al., 2011), com percepções que poderiam ter sido influenciadas culturalmente, socialmente ou pela mídia (WHITMARSH, 2008).

Em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) cirúrgica, ao analisarem os desafios para a humanização do cuidado, Lamego, Deslandes e Moreira (2005) confrontaram as normas e rotinas com a sua aplicação prática cotidiana, constatando que parte da equipe se mostrava favorável ao uso de chupeta nos bebês submetidos a cirurgias, devido ao efeito tranquilizador proporcionado pela sucção não nutritiva em situações de dor e estresse. Não eram chupetas convencionais, mas uma improvisação com luvas esterilizadas, guarnecidas internamente com algodão. Essa constatação também foi relatada por Souza e Ferreira (2010) que descreveram o ambiente físico da UTIN como estressante também para os profissionais, que poderiam criar mecanismos para

ajustar as prescrições das tarefas de rotina à sua prática, e dentre eles, a improvisação de uma chupeta.

Mesmo quando existe evidência científica, como a orientação para não utilizar chupeta no período neonatal devido à possibilidade de interferência no aleitamento materno, que poderia levar ao desmame precoce (HOWARD et al., 2003; MAUCH et al., 2012), existe divergência entre profissionais e também entre pesquisadores. Pode ser citada como exemplo a recomendação do uso de chupeta devido à sua relação com menor risco de morte súbita do bebê (HAUCK; OMOJOKUN; SIADATY, 2005; TONKIN et al., 2007), sua utilização em recém-nascidos pré-termo (RNPTs) para estimular a sucção não nutritiva, associada ou não a sons musicais (POORE et al., 2008; YILDIZ; ARIKAN, 2011) ou seu uso para alívio da dor durante procedimentos invasivos realizados nos recém-nascidos (RNs) hospitalizados (YILMAZ; ARIKAN, 2011).

O desafio para as mães e os RNPTs internados em UTIN é o estabelecimento do aleitamento materno, de forma que a estimulação da sucção não nutritiva tem sido preconizada para antecipar o início da alimentação por sucção, visando reduzir o tempo de permanência no hospital (PINELLI; SYMINGTON, 2005), sendo recomendado o estímulo com o dedo enluvado, evitando-se o uso de bicos artificiais, com o intuito de não interferir na amamentação (NEIVA; LEONE, 2006). Estudos sobre uso de chupeta em bebês pré-termo demonstraram frequência de 45,7% nos primeiros seis meses de vida (BENEVENUTO DE OLIVEIRA et al., 2007) e associação significativa com prematuridade, como foi concluído por Ferrini, Marba e Gavião (2008) em estudo com crianças de dois a quatro anos, nascidas pré-termo com muito baixo peso e

extremo baixo peso com frequência de chupeta de (56%), comparadas com crianças com peso de nascimento normal (33%), com p-valor=0,02.

A atividade de educação em saúde tem o objetivo de promover comportamentos saudáveis visando melhorar a saúde das pessoas (ATRASH; CARPENTIER, 2012), mas a simples transmissão de informações não consegue por si só modificar hábitos que têm fundo cultural (SIMIONI; COMIOTTO; RÊGO, 2005). É o que foi observado em estudo realizado em um hospital cuja recomendação era de que as mães não introduzissem chupetas e mamadeiras para os recém-nascidos, devido ao risco de desmame precoce antes dos seis meses; entretanto, apesar da orientação, o uso da chupeta foi pelo menos tentado em 87,8% durante o primeiro mês de vida e 61,6% a usavam na idade de um mês, com o objetivo principal de supressão do choro, uma vez que as mães relataram que acalmava o bebê (SOARES et al., 2003).

A compreensão dos elementos envolvidos na decisão das mães para a oferta da chupeta perpassa pela análise de estudos de representação social que concluíram que a chupeta acalma a criança, representa uma ajuda para a mãe (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009; SERTÓRIO; SILVA, 2005), simboliza a criança e seu uso é passado por gerações (SERTÓRIO; SILVA, 2005). Esse aspecto intergeracional foi discutido por Aliboni, Alfie e Pastrana (2002), quando constataram que as crianças cujos pais ou mães haviam usado chupeta na sua infância tiveram maior probabilidade de uso, estatisticamente significativa; e por Serra-Negra et al. (2006), em que 78,9% dos casos de sucção de chupeta pelas mães houve coincidência, estatisticamente significativa, com esse hábito pela criança na atualidade, com significância estatística.

A concepção prévia da mãe acerca da chupeta pode se modificar a partir da sua interação com o recém-nascido (RN), como ocorreu no estudo de Pansy et al. (2008) em que cerca de um terço das mães mudaram de opinião, tanto devido à rejeição do lactente quanto pela necessidade de acalmá-lo. Da mesma forma, Caminha et al. (2011) demonstraram que a prática da introdução de bicos artificiais, inclusive chupeta, por mulheres profissionais do Programa de Saúde da Família, com filhos menores de cinco anos de idade, era frequente apesar de ser um grupo de mulheres responsáveis por orientações à comunidade.

A análise estatística entre uso de chupeta e variáveis demográficas, econômicas e sociais, foi efetuada em alguns estudos, não demonstrando associação com sexo, raça, emprego/desemprego, idade, nível educacional, renda familiar, presença de companheiro e partos prévios (HOWARD et al., 2003; SOARES et al., 2003; PANSY et al., 2008). Em contrapartida, Holanda et al. (2009) verificaram que o hábito de sucção de chupeta estava associado significativamente com maior renda familiar e maior nível de escolaridade da mãe e do pai, resultado também encontrado por Santos et al. (2009) quanto à escolaridade.

O uso de chupeta tem sido muito frequente em países ocidentais (ÇAGLAR et al., 2005; LINDSTEN; LARSSON, 2009), o que pode ser analisado do ponto de vista das atribuições da vida moderna, que torna difícil para a mulher disponibilizar o aleitamento materno em livre demanda para suprir a necessidade de sucção do bebê; entretanto, apesar do aumento da prevalência do uso da chupeta comparando duas gerações (55% crianças nascidas em 1967 e 72% no período 1995-1997), o aleitamento materno se tornou 20 vezes mais comum na

geração mais recente (LINDSTEN; LARSSON, 2009), demonstrando a maior conscientização da sua importância.

OBJETIVO

O propósito do presente estudo foi conhecer as expectativas de mães de recém-nascidos pré-termo internados em UTIN e sua vivência nos primeiros seis meses de relação com seu bebê para lidar com a sucção nutritiva e não nutritiva.

MÉTODO

A análise dos dados correspondeu à primeira e à segunda fases de um estudo longitudinal sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta realizado na cidade de Vitória-ES, com população-alvo constituída por mães de RNPTs egressos de UTIN. A primeira etapa foi realizada na UTIN do hospital universitário, no âmbito do atendimento público, e na UTIN particular Neocare – Cuidados Intensivos e Integrados em Neonatologia. A segunda etapa foi executada na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), assim como o acompanhamento longitudinal.

De acordo com a idade gestacional, os recém-nascidos foram classificados em: RN pré-termo extremo (<30 semanas), RN muito prematuro (30 a 33 semanas e seis dias) e RN pré-termo tardio (34 a 36 semanas e seis dias),

seguindo o critério de prematuridade (<37 semanas). A classificação de acordo com o peso ao nascimento foi a seguinte: RN de extremo baixo peso (<1.000 gramas), RN de muito baixo peso (1.000 a 1.499 gramas) e RN de baixo peso (1.500 a 2.499 gramas). Os recém-nascidos também foram classificados conforme a adequação do peso à idade gestacional em PIG (pequeno para idade gestacional), quando peso ao nascimento era inferior ao peso indicado no percentil 10 para a idade gestacional, AIG (adequado para idade gestacional), quando o peso situava entre o percentil 10 e percentil 90, e GIG (grande para idade gestacional), quando o peso era maior que o valor indicado no percentil 90 para a idade gestacional (IBIDI; CARDOSO, 2011).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES sob o nº 249/10, e as participantes, voluntárias, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, seguindo determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Um total de 62 mães de RNPTs foram entrevistadas durante o período de internação em UTIN, quando seus filhos estavam em situação de médio risco, entre Fevereiro e Junho de 2011. Para o acompanhamento longitudinal, foram excluídos 02 (dois) casos em que os bebês tiveram sequelas neurológicas e 01 (um) caso em que o bebê faleceu ainda na UTIN, sendo consideradas válidas, então, as entrevistas iniciais de 59 participantes. Quando os bebês completaram seis meses de idade cronológica, as mães foram convidadas para participarem da etapa longitudinal, desenvolvida durante as consultas de acompanhamento odontológico das crianças, porém sete mães desistiram de continuar no estudo devido à dificuldade de deslocamento até à Clínica (três eram do interior do

Estado, três mães de gêmeos e uma com sua saúde geral comprometida). A segunda etapa, referente à idade de seis meses, ocorreu no período entre os meses de junho e dezembro de 2011, com 52 participantes, o que correspondeu a 83,9% do grupo que participou da primeira etapa.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados da primeira fase foi uma entrevista com roteiro semiestruturado, gravada, contendo 56 questões fechadas e abertas referentes a dados demográficos, econômicos, sociais e culturais, apoio social, internação do bebê e aspectos ambientais da UTIN. Na avaliação aos seis meses de idade, o roteiro de entrevista apresentou 63 questões fechadas e abertas sobre saúde geral, alimentação, hábitos do bebê e apoio social.

A distribuição das participantes por classificação econômica foi realizada de acordo com critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2010), que enfatiza a segmentação conforme o poder aquisitivo das famílias e nível de escolaridade do provedor da família, realizando a divisão por classes econômicas, sendo elas as classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, em ordem decrescente do maior para o menor poder de compra. A escolaridade foi classificada pelo sistema de ensino brasileiro correspondendo ao ensino fundamental incompleto (EFI), ensino fundamental completo (EFC), ensino médio incompleto (EMI), ensino médio completo (EMC), ensino superior incompleto (ESI) e ensino superior completo (ESC).

As entrevistas gravadas foram transcritas e numeradas sequencialmente. A seguir as questões abertas foram categorizadas por aproximação semântica, com base nos recursos metodológicos da análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

Foram analisados na entrevista inicial os aspectos relacionados às expectativas das participantes quanto à sucção nutritiva e não nutritiva, e na entrevista de seis meses a sua experiência para lidar com o bebê nos primeiros seis meses de vida em relação a esse tema.

As respostas dos itens do roteiro da entrevista, após análise de conteúdo, foram tabuladas utilizando o programa SPSS versão 18.0 para Windows (SPSS INC., CHICAGO, IL, USA). Alguns dados foram analisados por meio de estatística descritiva e análises bivariadas para verificar a relação entre as variáveis, empregando-se o teste Qui-quadrado. Para as tabelas cruzadas que apresentaram células com resultados esperados menores do que cinco para a hipótese nula foi utilizado o teste Exato de Fisher para os casos de duas categorias, ou a Razão da Máxima Verossimilhança para mais de duas categorias. As variáveis métricas foram comparadas por meio do teste *t* para médias quando a distribuição foi adequada ao modelo de Gauss, ou por meio do teste de Mann-Whitney (não-paramétrico) quando a distribuição não foi gaussiana (DAWSON; TRAPP, 2003; FIELD, 2009).

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

A idade das participantes variou de 17 a 42 anos, com média de 28,3 anos (desvio padrão 6,9). A distribuição de acordo com dados demográficos e

socioeconômicos pode ser observada na Tabela 1 e a distribuição conforme os dados relacionados ao RNPT estão na Tabela 2. Os resultados foram tabulados para o total de mães que participaram do estudo na primeira etapa (n=62).

Tabela 1 – Distribuição das participantes do estudo, mães de RNPT, conforme dados demográficos e socioeconômicos.

VARIÁVEIS	n	%
Escolaridade:		
EFI, EFC, EMI	26	41,9
EMC, ESI, ESC	36	58,1
Local de residência:		
Vitória-ES	15	24,2
Região metropolitana de Vitória	40	64,5
Interior dos Estados ES, MG, BA	07	11,3
Tipo de residência:		
Própria	41	66,2
Alugada	11	17,7
Cedida	02	3,2
Reside com parentes	08	12,9
Inserção no mercado de trabalho:		
sim	39	62,9
não	23	37,1
Classificação econômica:		
A2, B1, B2	26	41,9
C1, C2, D	36	58,1
Renda familiar (salário-mínimo R\$545,00 em 2011):		
> 5 salários-mínimos	10	16,2
> dois a cinco salários	23	37,1
até dois salários	29	46,7
Estado civil:		
União estável	54	87,1
Solteira	05	8,1
Separada/divorciada	03	4,8
Escolaridade do pai do RN:		
EFI, EFC, EMI	24	38,7
EMC, ESI, ESC	37	59,7
Não soube informar	01	1,6
Primiparidade:		
Sim	34	54,8
Não	28	45,2
Total	62	100,0

Tabela 2 – Distribuição das participantes no estudo de acordo com dados relacionados ao RNPT.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo do RN:		
Masculino	30	48,4
Feminino	32	51,6
Idade gestacional:		
27,4 semanas até ≤ 33 semanas e 6 dias	27	43,5
34 semanas a < 37 semanas	35	56,5
Peso ao nascimento:		
< 1.500 gramas	11	17,7
≥ 1.500 e < 2.500 gramas	38	61,3
2.500 gramas ou mais	13	21,0
Tempo de internação em UTIN:		
05 a 30 dias	45	72,6
31 a 60 dias	10	16,1
61 a 180 dias	07	11,3
Uso de sonda orogástrica (SOG):		
até 07 dias	28	45,2
08 dias ou mais	28	45,2
Não houve uso de SOG	06	9,6
TOTAL	62	100,0

Não apresentaram diferenças estatisticamente significantes conforme o tipo de UTIN (pública ou particular) as variáveis métricas quanto ao tempo (em dias) de internação (p-valor=0,614) e tempo (em dias) de uso de sonda orogástrica (p-valor=0,977). As variáveis categóricas primiparidade (p-valor=0,352) e classificação de prematuridade por idade gestacional (p-valor=0,258*) também não diferiram estatisticamente conforme o tipo de UTIN. As variáveis quanto à escolaridade da mãe e classificação econômica apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre as duas UTINs (p-valor= 0,001 e 0,025, respectivamente). Na UTIN particular foi mais frequente a escolaridade correspondente ao EMC, ESI e ESC (77,1%) e as classes econômicas A2, B1 e B2 (54,3%), comparadas com a UTIN pública. Entretanto, como havia cinco

usuárias do Sistema Único de Saúde na UTIN particular, em leitos disponibilizados pelo governo brasileiro, o tipo de UTIN não foi utilizado nas demais comparações estatísticas, sendo consideradas as variáveis quanto à classificação econômica e escolaridade da mãe para a análise socioeconômica.

EXPECTATIVAS DE MÃES COM RNPTs INTERNADOS EM UTIN SOBRE SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA (n=62)

A experiência prévia de amamentação foi relatada por 24 (38,7%) participantes. Para as outras 38 mães (61,3%), o RN era seu primeiro filho (n=34) ou o primeiro foi adotado (n=4) e, portanto não tinham experiência prévia de aleitamento materno. Entre as 24 mães que relataram sua experiência, 79,2% tiveram uma percepção positiva da amamentação, considerando uma experiência boa ou ótima, algumas consideraram interessante como o organismo produz alimento para o outro e uma considerou muito tranquila e ainda fez doação de leite; 20,8% tiveram uma percepção negativa (muito difícil ou causadora de dor).

Um conjunto de questões norteadoras da entrevista estimulava as mães a verbalizarem espontaneamente sobre os benefícios ou vantagens e os prejuízos ou desvantagens da amamentação, do uso de chupeta e da sucção de dedo, para a mãe e para o bebê. As opções de respostas para cada questão estão relacionadas nas Tabelas 3 e 4. Na Figura 1 podem ser visualizados os resultados compilados para demonstrar se a mãe percebeu ou não os benefícios/vantagens e na Figura 2, os prejuízos/desvantagens.

Tabela 3 – Distribuição das participantes conforme os benefícios/vantagens da amamentação, do uso de chupeta e da sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62).

	n	%
AMAMENTAÇÃO		
Benefícios/vantagens para a mãe		
Redução de peso	11	17,8
Interação mais fortalecida com o bebê	9	14,5
Satisfação por estar alimentando uma vida	9	14,5
Prazer e emoção proporcionados pela amamentação	7	11,4
Facilidade e praticidade em comparação ao uso da mamadeira	5	8,1
Prevenção ao câncer de mama	4	6,4
Alívio da dor na mama	3	4,8
Satisfação de ver o filho sadio	2	3,2
Prevenção de gravidez	1	1,6
Economia financeira com a compra de leite	1	1,6
Redução de peso e interação com o bebê mais fortalecida	2	3,2
Redução de peso e prevenção do câncer de mama	2	3,2
Não tem benefícios/vantagens para a mãe	0	0,0
Não sei responder a esse tema	6	9,7
AMAMENTAÇÃO		
Benefícios/vantagens para o bebê		
Desenvolvimento saudável do bebê	46	74,2
Importância do leite materno como melhor alimento para o bebê	8	12,9
Vínculo afetivo com a mãe	2	3,2
Combinação dos três benefícios	6	9,7
Não tem benefícios/vantagens para o bebê	0	0,0
Não sei responder a esse tema	0	0,0
CHUPETA		
Benefícios/vantagens para a mãe		
Mãe fica mais calma por conseguir fazer o bebê parar de chorar	23	37,1
Facilita a vida da mãe por conseguir acalmar o bebê mais rápido, liberando-a para outras atividades ou descanso.	17	27,4
Não tem benefícios/vantagens para a mãe	22	35,5
Não sei responder a esse tema	0	0,0
CHUPETA		
Benefícios/vantagens para o bebê		
Acalmar o bebê	34	54,9
Acostumar o bebê a ficar um período sem amamentação	2	3,2
Não tem benefícios/vantagens para o bebê	26	41,9
Não sei responder a esse tema	0	0,0
SUCÇÃO DE DEDO		
Benefícios/vantagens para a mãe		
Facilita a vida da mãe porque a criança se acalma, liberando a mãe para outras atividades ou descanso.	4	6,4
Não tem benefícios/vantagens para a mãe	56	90,4
Não sei responder a esse tema	2	3,2
SUCÇÃO DE DEDO		
Benefícios/vantagens para o bebê		
Acalma o bebê	6	9,7
Não tem benefícios/vantagens para o bebê	54	87,1
Não sei responder a esse tema	2	3,2
Total	62	100,0

Tabela 4 – Distribuição das participantes conforme os prejuízos/desvantagens da amamentação, do uso de chupeta e da sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62).

	n	%
AMAMENTAÇÃO		
Prejuízos/desvantagens para a mãe		
Dor na mama ou ocorrência de fissuras no bico do peito	4	6,4
Prejuízo estético	3	4,8
Não tem prejuízos/desvantagens para a mãe	54	87,2
Não sei responder a esse tema	1	1,6
AMAMENTAÇÃO		
Prejuízos/desvantagens para o bebê	0	0,0
Não tem prejuízos/desvantagens para o bebê	61	98,4
Não sei responder a esse tema	1	1,6
CHUPETA		
Prejuízos/desvantagens para a mãe		
Alteração da arcada dentária do filho	14	22,6
Arcar com os custos do dentista para correção da arcada dentária	13	21,0
Dificuldade para remoção do hábito de chupeta	14	22,6
Trabalho de procurar a chupeta quando ela não está visível	5	8,0
Lidar com a higiene da chupeta para evitar contaminação	4	6,5
Não tem prejuízos/desvantagens para a mãe	10	16,1
Não sei responder a esse tema	2	3,2
CHUPETA		
Prejuízos/desvantagens para o bebê		
Alteração da arcada dentária	44	71,0
Alteração da arcada dentária/ dependência e insegurança da criança no momento de tirar a chupeta	7	11,3
Alteração da arcada dentária e contaminação bacteriana	6	9,7
Alteração da arcada dentária e interferência na amamentação	2	3,2
Alteração da arcada dentária e alteração da postura da língua	1	1,6
Não tem prejuízos/desvantagens para o bebê	1	1,6
Não sei responder a esse tema	1	1,6
SUCÇÃO DE DEDO		
Prejuízos/desvantagens para a mãe		
Dificuldade em lidar com o hábito e sua remoção	19	30,6
Preocupação para evitar contaminação bacteriana	12	19,4
Alteração da arcada dentária do filho	12	19,4
Arcar com os custos do dentista para correção da arcada dentária	9	14,5
Não tem prejuízos/desvantagens para a mãe	7	11,3
Não sei responder a esse tema	3	4,8
SUCÇÃO DE DEDO		
Prejuízos/desvantagens para o bebê		
Alteração da arcada dentária	34	54,8
Alteração da arcada dentária/ deformação e ferimento no dedo/ contaminação bacteriana	19	30,7
Contaminação bacteriana	7	11,3
Não tem prejuízos/desvantagens para o bebê	0	0,0
Não sei responder a esse tema	2	3,2
Total	62	100,0

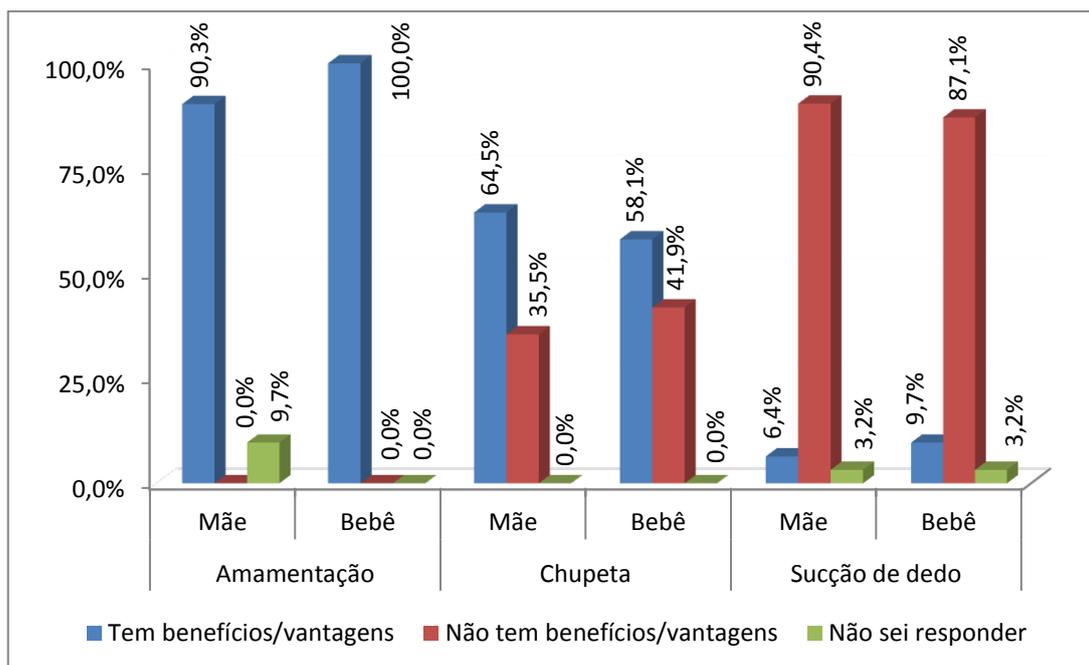


Figura 1 - Benefícios ou vantagens da amamentação, uso de chupeta e sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62).

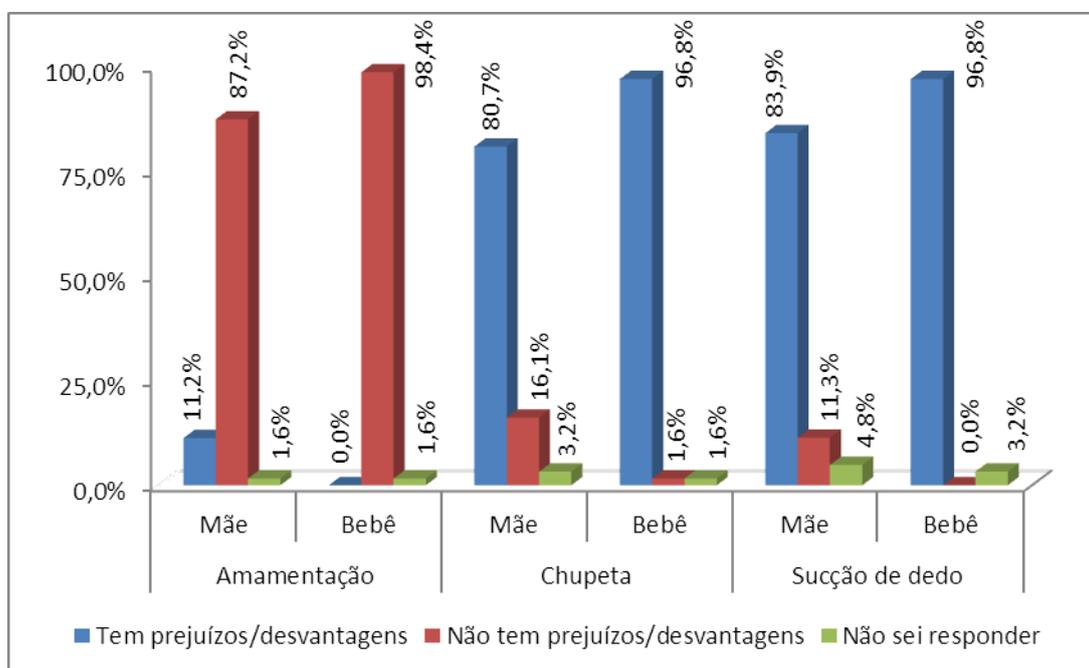


Figura 2 - Prejuízos ou desvantagens da amamentação, uso de chupeta e sucção de dedo para a mãe e para o bebê (n=62).

No dia da entrevista ainda no hospital, 69,4% das participantes relataram que uma mamadeira já estava disponível para o RN (29% tinham comprado e 40,3% ganharam esse objeto); 8,1% ainda não tinham porque não havia dado tempo de completar o enxoval devido ao parto prematuro; e 22,6% responderam que não tinham comprado ou ganhado. A chupeta já estava disponível para 43,6% dos RNs (17,8% compraram e 25,8% ganharam); 3,3% não haviam completado o enxoval; 22,6% não tinham comprado ou ganhado; e 30,6% relataram espontaneamente que não tinham disponibilizado esse objeto porque não queriam que seus filhos usassem chupeta.

As mães também foram questionadas se elas participaram ou perceberam qual procedimento foi realizado pela equipe da UTIN para alívio da dor e para estimular a sucção do RNPT. A resposta quase unânime (96,8%) foi que elas não estavam presentes durante a execução de procedimentos invasivos, porque os profissionais da UTIN solicitavam que elas se retirassem e também porque elas não gostariam de participar de tais procedimentos realizados no filho; uma delas (1,6%) respondeu que foi colocada uma luva na boca do RN para que ele se distraísse; e outra (1,6%) relatou que eles conversaram com o bebê quando ele começou a chorar. Para estimular a sucção, 37,1% relataram que não precisou, em 37,1% dos casos a estimulação foi realizada por meio de manipulação da boca do RN com o dedo enluvado, em 24,2% foi feito o posicionamento do peito na boca do bebê, e uma das mães (1,6%) relatou que era providenciada uma chupeta feita com luva quando o bebê ficava nervoso porque queria sugar, mas ele ainda não podia ser amamentado.

PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE O USO DE UMA CHUPETA IMPROVISADA NA UTIN (n=52)

Durante o período de permanência da pesquisadora nas UTINs constatou-se que em ambas as unidades havia a recomendação para que não fosse usada a chupeta convencional, mas era improvisada uma espécie de chupeta de confecção artesanal, cujo bico era formado pelo preenchimento com algodão na parte correspondente a um dos dedos de uma luva de látex. O uso deste artefato era restrito e não havia concordância de todos os profissionais das equipes. Entretanto, havia ficado a dúvida se as mães haviam percebido o uso dessa chupeta de luva, uma vez que, espontaneamente, apenas cinco participantes se referiram a ela nas entrevistas iniciais. Então, foram incluídas questões específicas na entrevista realizada aos seis meses.

Quanto à percepção do uso da chupeta convencional nas UTINs, 90,4% das participantes responderam que não era usada, considerando as respostas daquelas que compareceram na segunda fase do estudo (n=52). Entre as cinco (9,6%) que perceberam o uso, quatro se referiram ao mesmo bebê, que estava internado há cinco meses, a mãe não amamentava e o uso da chupeta havia sido liberado pela fonoaudióloga da UTIN pública. No outro caso, apesar das restrições, a própria mãe havia colocado a chupeta, quando o bebê estava chorando muito, no pós-operatório cirúrgico. Com relação à chupeta improvisada com luva, 75% das participantes relataram que tinham visto seu uso em bebês quando estes choravam muito na ausência da mãe (50%), durante algum

procedimento que causava dor (13,4%), nas duas situações (5,8%) e algumas não sabiam o motivo para o uso (5,8%). Sobre o uso desse artefato para o seu filho, 44,4% das mães responderam afirmativamente, sendo 38,9% quando o bebê estava chorando muito e 5,5% durante medicação injetável. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas UTINs quanto ao relato das participantes sobre o uso da chupeta de luva no seu próprio filho (p-valor=0,746) e nos outros RNs hospitalizados (p-valor=0,299).

SUCÇÃO NUTRITIVA NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA (n=52)

No dia da alta hospitalar, as participantes informaram que receberam orientação para aleitamento materno exclusivo (AME) para 76,9% dos bebês (n=52), 11,5% aleitamento materno (AM) com complemento a ser oferecido por meio de copo ou xícara, 5,8% AM e complemento com uso de mamadeira, 3,8% mamadeira e em um caso (1,9%) o bebê recebeu alta para alimentação por meio de gastrostomia.

O AME foi efetivamente conseguido por 25% dos 52 bebês por mais de cinco meses; 28,8% por um período de três a cinco meses; 13,5% por menos de três meses; enquanto que para 17,3% não teve AME e 15,4% não tiveram AM. Na entrevista de seis meses, 65,4% dos bebês ainda estavam em AM (n=34), para 19,2% o AM havia sido interrompido antes de seis meses de idade, mas havia sido mantido por pelo menos três meses (n=10), e para 15,4% não houve estabelecimento ou manutenção do AM após a alta hospitalar (n=8). O

aleitamento misto, alternando AM e mamadeira foi o tipo mais frequente nos primeiros seis meses de idade (59,6%), para 25% foi AM sem uso de mamadeira e 15,4% somente mamadeira.

As participantes relataram que não tiveram dificuldades para estabelecer o AM em 55,8% dos casos e amamentaram por seis meses ou mais, mas 44,2% relataram problemas. Em alguns casos esses problemas foram relacionados à produção escassa de leite materno e por esse motivo iniciaram uso de mamadeira com consequente redução do AM até à recusa total pelo bebê (11,5%), em outros casos, apesar de ter leite suficiente, o bebê não conseguia sugar, ficava cansado e perdia peso (9,6%), algumas relataram que tiveram problemas como mastite e fissuras no bico do peito, mas não interromperam o AM (7,8%), e oito participantes não amamentaram, devido a sua saúde geral (3,8%) ou devido à falta de produção do leite materno (11,5%).

Nos 31 casos de aleitamento misto, as mães relataram em 61,3% que não houve qualquer alteração na forma do bebê mamar no peito após a introdução da mamadeira, ou seja, o AM continuava com efetividade, enquanto 38,7% observaram que houve redução do AM, com menor frequência e com menor tempo de duração.

USO DE CHUPETA NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA (n=52)

Entre os 52 bebês nascidos pré-termo e egressos de UTIN, a oferta da chupeta ocorreu em 96,2% dos casos. Na maioria das vezes a tentativa foi efetuada pela própria mãe (65,4%), avó (11,5%), pai (5,8%) ou outra pessoa da

família (13,5%) e apenas dois bebês (3,8%) não experimentaram a chupeta.

Nos primeiros seis meses de vida, 50% dos bebês nascidos pré-termo estavam usando (n=25) ou usaram (n=1) chupeta. A idade para início do hábito de chupeta em 26,9% dos casos foi antes dos três meses de idade, mas na maioria dos casos (73,1%) a oferta inicial da chupeta ocorreu na idade de três meses ou mais. A estratificação por idade foi: menos de um mês de vida (3,6%), um mês (17,8%), dois meses (7,1%), três meses (39,3%), quatro meses (28,6%) e cinco meses (3,6%).

As variáveis categóricas foram testadas estatisticamente para verificar se haveria independência ou não com o uso de chupeta nos primeiros seis meses, utilizando-se o teste Qui-quadrado e quando necessário o teste Exato de Fisher ou a Razão de Máxima Verossimilhança (Tabelas 5 e 6). As variáveis métricas relativas ao tempo de permanência na UTIN (em dias) e tempo de uso de sonda orogástrica (em dias), após aplicação do teste de normalidade Shapiro-Wilk, foram comparadas para verificar se haveria diferença entre as UTINs aplicando-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney ou teste *t* para médias (Tabela 7).

Tabela 5 - Distribuição das participantes quanto a escolaridade da mãe, inserção no mercado de trabalho, classificação econômica, escolaridade do pai, primiparidade, classificação de prematuridade e sexo do recém-nascido, de acordo com uso de chupeta nos primeiros seis meses (n=52).

Variáveis	Uso de chupeta nos primeiros 6 meses				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Escolaridade da mãe					
EFI, EFC, EMI	11	42,3	11	42,3	1,000
EMC, ESI, ESC	15	57,7	15	57,7	
Inserção no mercado de trabalho					
Sim	11	42,3	9	34,6	0,569
Não	15	57,7	17	65,4	
Classificação econômica					
Classes A2 / B1 / B2	13	50,0	9	34,6	0,262
Classes C1 / C2 / D	13	50,0	17	65,4	
Escolaridade do pai (n=51)					
EFI, EFC, EMI	8	30,8	11	44,0	0,329
EMC, ESI, ESC	18	69,2	14	56,0	
Primiparidade					
Sim	21	80,8	10	38,5	0,002
Não	5	19,2	16	61,5	
Classificação de prematuridade por idade gestacional					
≤ 33 semanas e 6 dias	9	34,6	12	46,2	0,286*
34 até < 37 semanas	17	65,4	14	53,8	
Classificação de prematuridade de acordo com a relação entre idade gestacional e peso ao nascimento					
Pequeno para idade gestacional (PIG)	14	53,8	7	26,9	0,044*
Adequado ou Grande para idade gestacional (AIG ou GIG)	12	46,2	19	73,1	
Sexo					
Masculino	14	53,8	11	42,3	0,405
Feminino	12	46,2	15	57,7	
Total	26	100,0	26	100,0	-

* Teste Exato de Fisher

Tabela 6 – Distribuição das participantes conforme uso de chupeta pelo bebê e associação com variáveis relacionadas às expectativas prévias das mães sobre chupeta, percepção do uso de chupeta de luva na UTIN e variáveis quanto ao aleitamento materno (n=52).

Variáveis	Uso de chupeta nos primeiros 6 meses				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Chupeta foi incluída no enxoval?					
Sim	12	46,2	11	42,3	0,820
Não	8	30,8	7	26,9	
Não vou querer que use	6	23,1	8	30,8	
Benefícios da chupeta para mãe					
Sim	19	73,1	16	61,5	0,375
Não tem benefício ou vantagem	7	26,9	10	38,5	
Benefícios da chupeta para o bebê					
Sim	18	69,2	13	50,0	0,158
Não tem benefício ou vantagem	8	30,8	13	50,0	
Chupeta de luva nos RNs da UTIN					
Não	6	23,1	7	26,9	0,749
Sim	20	76,9	19	73,1	
Chupeta de luva usada no seu filho na UTIN					
Não	16	61,5	12	46,2	0,266
Sim	10	38,5	14	53,8	
Tipo de aleitamento					
Aleitamento materno – sem mamadeira	3	11,5	10	38,5	0,071**
Aleitamento misto	18	69,2	13	50,0	
Mamadeira	5	19,2	3	11,5	
Aleitamento Materno Exclusivo					
Não amamentou, não teve AM exclusivo ou AM exclusivo até 2 meses	16	61,5	8	30,8	0,026
AM exclusivo por 3 meses ou mais	10	38,5	18	69,2	
Mãe percebeu alteração na forma do bebê mamar no peito após intr. Mamadeira (n=31)					
Não alterou	10	52,6	9	75,0	0,274*
Reduziu amamentação	9	47,4	3	25,0	
Dificuldade para estabelecer ou manter a amamentação após a alta da UTIN					
Não	10	38,5	19	73,1	0,012
Sim	16	61,5	7	26,9	
Tempo de aleitamento materno					
Não amamentou	5	19,2	3	11,5	0,004**
Menos de 6 meses	9	34,6	1	3,8	
6 meses ou mais	12	46,2	22	84,6	
Total	26	100,0	26	100,0	-

* Teste Exato de Fisher

** Razão da Máxima Verossimilhança

Tabela 7 – Distribuição das variáveis métricas, conforme uso ou não de chupeta em RNPTs egressos de UTIN, de acordo com relato de suas mães.

Variáveis	Uso de chupeta 6 meses	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Dias na UTIN**	Sim	20,00	27,65	21,64	0,301
	Não	19,00	23,92	24,41	
Dias de uso de sonda orogástrica**	Sim	6,00	11,62	15,56	0,905
	Não	5,00	14,19	21,95	
Peso ao nascimento em gramas*	Sim	1860,00	1888,50	453,09	0,214
	Não	1925,50	2123,35	833,02	
Idade da mãe*	Sim	26,50	27,08	6,11	0,318
	Não	28,00	28,92	7,05	

* Teste t para médias

** Teste de Mann-Whitney

A sugestão para uso de chupeta foi muito frequente entre as pessoas da família (63,5%), sendo que em 44,3% por até duas pessoas e em 19,2% por três pessoas ou mais. Em 36,5% dos casos ninguém sugeriu o uso de chupeta para as participantes deste estudo. Entre as próprias mães, 40,4% usaram chupeta na sua infância, 40,4 não usaram e 19,2% não souberam informar. Quanto ao pai do bebê 23,1% usaram, 25% não usaram, mas 51,9% das participantes não souberam informar. Entre os bebês que já tinham irmão(s), 57,1% deles usavam ou tinham usado chupeta, enquanto que o uso por um ou mais primos do bebê foi relatado por 76,9% das participantes. Não houve associação estatisticamente significativa do uso ou não de chupeta quanto às variáveis: número de pessoas que sugeriram chupeta (p-valor=0,375), uso de chupeta pela mãe (p-valor=0,217),

pai (p-valor=0,226*), irmãos (p-valor=1,000*) e primos (p-valor=1,000*), pelos testes de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher (*).

Para os 50 casos em que houve tentativa de oferta da chupeta, em 48% o adulto somente colocou a chupeta na boca do bebê para verificar se ele “queria” ou “pegava” a chupeta, 16% insistiram por algumas vezes até três dias, e 36% insistiram várias vezes, por uma semana ou mais. Na Tabela 8 pode-se observar a relação entre tentativa de oferta da chupeta e seu uso nos primeiros seis meses de idade.

Tabela 8 – Distribuição das participantes conforme a tentativa de oferta da chupeta ao bebê e uso de chupeta nos primeiros seis meses de vida (n=50).

Tentativas para acostumar o bebê com chupeta	CHUPETA - 6 MESES				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
01 tentativa	15	57,7	9	37,5	0,035**
Até 03 dias	1	3,8	7	29,2	
Várias tentativas	10	38,5	8	33,3	
Total	26	100,0	24	100,0	-

** Razão da Máxima Verossimilhança

Os motivos pelos quais os adultos tentaram o uso de chupeta foram variados. Nos casos em que o bebê usou chupeta, 34,6% o motivo foi para acalmar o bebê que chorava muito; 26,9% a oferta da chupeta foi para ajudar o

bebê adormecer mais rápido e por um tempo maior; 23,1% para prover um maior tempo de sucção para o bebê que estava mamando no peito a noite toda ou que chorava após ter mamado porque queria sugar mais o peito; 11,5% porque o bebê começou sucção digital; e 3,8% para ver se o bebê precisava da chupeta.

Já nos casos em que as crianças não usaram a chupeta, o motivo apresentado para a oferta pela maioria das mães (54,2%) foi para ver se o bebê aceitava já que muitas outras crianças usam. Um número menor de mães alegou que era para acalmar o bebê que chorava muito (33,3%); ajudar o bebê adormecer mais rápido (8,3%); evitar que o bebê continuasse com sucção digital (4,2%) e nenhuma mencionou dificuldades na amamentação.

Em 19 casos houve uso de chupeta em bebês que estavam sendo amamentados no peito. Para 73,7% dessas mães não houve qualquer alteração na forma do bebê mamar no peito após a introdução da chupeta, para 15,8% o tempo de aleitamento materno foi reduzido e para 10,5% os bebês passaram a sugar o peito com mais força.

A dificuldade para estabelecer ou manter o AM após a alta da UTIN apresentou associação estatisticamente significativa com uso de chupeta conforme foi demonstrado na Tabela 6. Essa variável foi comparada para verificar se haveria diferença com relação ao tempo de uso de sonda orogástrica, tempo de internação e peso ao nascimento, podendo ser visualizada na Tabela 9.

Tabela 9 – Dificuldade para estabelecer ou manter o AM após a alta da UTIN conforme o tempo de internação e de uso de sonda orogástrica.

Variáveis	Dificuldade para estabelecer ou manter a amamentação após a alta da UTIN		Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
	Não	Sim				
Dias de uso de sonda orogástrica	Não		4,00	7,41	9,79	0,006
	Sim		8,00	19,83	24,79	
Dias na UTIN	Não		12,00	17,38	11,99	0,007
	Sim		27,00	36,39	28,70	
Peso (gramas)	Não		1960,00	2179,45	730,44	0,119
	Sim		1840,00	1787,13	534,45	

Um total de dez bebês apresentou o hábito de sucção digital aos seis meses de idade (19,2%). Dois bebês iniciaram o hábito antes de completarem três meses de idade, cinco bebês iniciaram entre três e quatro meses e três iniciaram com mais de quatro meses.

DISCUSSÃO

Os dados analisados no presente estudo corresponderam à avaliação das respostas das participantes, mães de bebês nascidos pré-termo, às entrevistas realizadas durante a internação em UTIN e aos seis meses de idade cronológica dos seus filhos, como resultados parciais de um acompanhamento longitudinal sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta, durante dois anos. Nesta etapa foram tabulados os dados correspondentes a 52 participantes, 83,9% do grupo inicial. Os dados incluídos neste estudo foram referentes às expectativas dessas

mães e sua vivência nos primeiros seis meses de interação com seu bebê para lidar com a sucção nutritiva e não nutritiva.

A maioria das participantes da primeira fase (n=62) residia nos municípios que compõem a região metropolitana de Vitória-ES (64,5%), em residência própria (66,2%), estava inserida no mercado de trabalho (62,9%), tinha escolaridade correspondente a EMC, ESI e ESC (58,1%) e apresentava união civil estável (87,1%) com o pai do bebê. A maioria dos pais também tinha escolaridade correspondente a EMC, ESI e ESC (59,7%).

Embora o planejamento não tenha sido direcionado para estudar prevalência do uso de chupeta entre RNPTs, na entrevista de seis meses (n=52) a frequência encontrada de uso de chupeta foi de 50%, próximo ao resultado de 45,7% encontrado por Benevenuto de Oliveira et al. (2007). Apesar de não ter havido associação estatisticamente significativa entre uso de chupeta e prematuridade avaliada pela idade gestacional (p-valor=0,126) e peso ao nascimento (p-valor=0,214), quando a classificação foi realizada de acordo com a relação entre peso ao nascimento para a idade gestacional correspondente, o grupo de recém-nascidos classificados como pequeno para a idade gestacional (PIG) apresentou associação estatisticamente significativa com maior uso de chupeta (p-valor=0,044). Estudos para associar a prevalência de uso de chupeta e prematuridade são escassos, mas a literatura mostra uma tendência para maior prevalência do uso de chupeta neste segmento se comparada com crianças nascidas a termo e peso de nascimento normal (BENEVENUTO DE OLIVEIRA et al., 2007; FERRINI; MARBA; GAVIÃO, 2008).

O início da alimentação por sucção nas duas UTINs foi cercado de cuidados especiais, tanto para a mãe que necessitava de estímulo para a produção de leite (enquanto o filho ainda não podia sugar), quanto para o recém-nascido que necessitava de estímulo da sucção não nutritiva, que era realizado com a técnica do dedo enluvado, o que foi percebido por 37,1% das mães. Esse procedimento, também preconizado na literatura (NEIVA; LEONE, 2006), evita o uso de bicos artificiais com o objetivo de não interferir no processo de estabelecimento do aleitamento materno. Alguns pesquisadores, entretanto, recomendaram a utilização de chupeta para estimular a sucção não nutritiva para o RNPT com o objetivo de antecipar o início da alimentação por sucção e, assim, reduzir o tempo de internação (PINELLI; SYMINGTON, 2005; POORE et al., 2008; YILDIZ; ARIKAN, 2011).

A primiparidade apresentou associação estatística com uso de chupeta (80,8%) comparada com bebês que não usaram (38,5%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre uso ou não de chupeta e escolaridade da mãe e do pai, idade da mãe, inserção da mãe no mercado de trabalho, classificação econômica, sexo do bebê, classificação de prematuridade por idade gestacional, peso ao nascimento, tempo de internação em UTIN e tempo de uso de sonda orogástrica (Tabelas 5 e 7). Variáveis demográficas e socioeconômicas também não demonstraram relação com uso de chupeta (HOWARD et al., 2003; SOARES et al., 2003; PANSY et al., 2008), enquanto Holanda et al. (2009) e Santos et al. (2009) verificaram que o hábito de sucção de chupeta estava associado significativamente com maior renda familiar e maior nível de escolaridade da mãe e do pai.

Quanto à análise do contexto cultural relacionado à chupeta pode-se avaliar que seu uso era comum entre outras crianças da família, incluindo a própria mãe na sua infância (40,4%), o filho mais velho (51,9%) e primos (76,9%). Quanto ao uso de chupeta pelo pai, na sua infância, a maioria das participantes não soube responder. Nos estudos de Aliboni, Alfie e Pastrana (2002) e de Serra-Negra et al. (2006) foram encontradas associações estatisticamente significantes entre uso de chupeta pelas mães na sua infância e uso de chupeta por seus filhos. Embora não tenha havido diferença estatística entre uso de chupeta pelos bebês pré-termo do presente estudo e essas variáveis, as frequências foram muito altas, demonstrando como o uso de chupeta tem sido comum entre as gerações. Na cultura ocidental, a prevalência de chupeta tem aumentado para a população de crianças em geral, devido às atribuições da vida moderna, que dificultam a disponibilização pelas mães do aleitamento em livre demanda para suprir a necessidade de sucção do bebê (ÇAGLAR et al., 2005; LINDSTEN; LARSSON, 2009), associada à representação social de que a chupeta acalma a criança e ajuda à mãe (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009; SERTÓRIO; SILVA, 2005). A oferta da chupeta tem sua origem nas tradições antigas de disponibilizar para os lactentes artefatos feitos em tecido; ao longo dos séculos sofreu aperfeiçoamentos, em um processo de apropriação da cultura pelas sucessivas gerações, e desde então tem sido motivo de controvérsia entre profissionais de saúde (SELMER-OLSEN, 2007; LEONTIEV, 2004; DUARTE, 2004; LOZANO DE LA TORRE, 2011; DADALTO; ROSA, 2013).

A sugestão de oferta da chupeta por familiares ocorreu em 63,5% dos casos e a tentativa de oferta por um adulto da família, principalmente a própria

mãe, ocorreu em 96,2% dos casos. Resultado semelhante também foi encontrado por Soares et al. (2003), com tentativa de 87,8%.

A oferta da chupeta foi feita inclusive para bebês que aparentemente não apresentavam uma necessidade maior, apenas com o intuito de verificar se o bebê “queria” ou “pegava” a chupeta, já que as participantes observavam que muitas crianças faziam uso de chupeta (54,2% no grupo que não usou chupeta), o que reforça o caráter de influência do macrosistema nas crenças e decisões das mães, conforme discutido na teoria bioecológica (BRONFENBRENNER, 1996). Entre os bebês que não aceitaram a chupeta na primeira tentativa (n=26), somente estavam usando chupeta aos seis meses de idade, aqueles para os quais foram realizadas várias tentativas (n=10) pelos familiares (Tabela 8), corroborando com a discussão de Aliboni, Alfie e Pastrana (2002) sobre a insistência dos pais para instalar o hábito na criança. Os motivos mais frequentes para tentativa de oferta da chupeta foram para acalmar o bebê que chorava muito, ajudá-lo a adormecer mais rápido e por maior tempo e porque muitas outras crianças usam esse objeto, o que está em consonância com a representação social de chupeta elaborada por mães, conforme foi observado por Sertório e Silva (2005).

A mudança na avaliação prévia da mãe quanto à oferta da chupeta a partir da interação com o filho, já apontada no estudo de Pansy et al. (2008) também foi constatada no presente trabalho. Em 11 (47,7%) dos 23 casos em que as mães já haviam incluído a chupeta no enxoval do bebê (ganharam ou compraram), os bebês não usaram chupeta; já entre as 29 que não haviam adquirido a chupeta, em 14 (48,3%) casos seus bebês estavam usando chupeta,

inclusive entre aquelas que haviam afirmado que não queriam que o filho usasse. Entre as 17 mães cuja expectativa era de que o uso de chupeta não trazia benefícios ou vantagens para a mãe, em sete casos (41,2%) os bebês estavam usando chupeta; entre as 21 que relataram que não trazia benefícios ou vantagens para o bebê, em oito casos (38,1%) seus filhos fizeram uso de chupeta nos primeiros seis meses. Não houve associação estatisticamente significativa entre uso ou não de chupeta e essas variáveis relacionadas às expectativas das mães, provavelmente porque a alteração de opinião ocorreu nos dois grupos, tanto nos casos de uso de chupeta quanto nos casos de não uso (Tabela 6). Quanto à sucção digital, a maioria relatou que não havia benefícios ou vantagens nem para a mãe, nem para o bebê, e relacionaram diversas desvantagens.

A chupeta improvisada com luva foi observada por 75% das participantes nas duas UTINs e 44,4% relataram seu uso no próprio filho. A utilização desse artefato pode ser analisada sob o ponto de vista da influência cultural na prática dos profissionais de saúde (WHITMARSH, 2008), o que também foi discutido por Lamego, Deslandes e Moreira (2005) e por Souza e Ferreira (2010) como mecanismos para ajustar as prescrições à sua prática clínica, com o intuito de colaborar para reduzir o estresse no ambiente de trabalho, a partir do efeito tranquilizador proporcionado pela sucção não nutritiva. Não houve associação estatisticamente significativa entre a percepção pelas mães do uso da chupeta de luva nos recém-nascidos das UTINs ou no seu próprio filho e uso de chupeta pelo bebê nos primeiros seis meses ($p=0,749$ e $p=0,266$, respectivamente), como pode ser observado na Tabela 6. A oferta desse artefato era restrita nas duas UTINs sendo mais utilizada durante procedimentos que pudessem provocar dor. Para

alívio da dor durante procedimentos invasivos, por meio de métodos não farmacológicos, a literatura tem apontado para o emprego da sucção não nutritiva com dedo enluvado (AQUINO; CHRISTOFELL, 2010) ou uso de chupeta (YILMAZ; ARIKAN, 2011).

As expectativas das participantes com relação ao aleitamento materno (AM) foram muito positivas; 90,3% relataram benefícios para a mãe; 100% relacionaram benefícios para o bebê; 87,2% não visualizaram desvantagens para a mãe e 96,8% para o bebê; 24 participantes tinham experiência prévia de amamentação e 79,2% delas demonstraram percepção positiva dessa experiência. No dia da alta hospitalar 76,9% delas receberam orientação para AME exclusivo e 11,5% para AM com complemento. O AME foi efetivamente obtido em 53,8% dos casos por três meses ou mais e na entrevista de seis meses, 65,4% dos bebês ainda estavam em AM; para 15,4% não houve estabelecimento ou manutenção do AM após a alta hospitalar. Considerando que o presente estudo foi realizado em uma população de risco biológico devido ao nascimento pré-termo, baixo peso ao nascimento e internação em UTIN, os resultados são semelhantes aos de Crestani et al. (2012) que encontraram uma frequência de AME de 56% em bebês nascidos pré-termo com até dois meses de idade e 75% naqueles nascidos a termo.

O tipo de aleitamento (mamadeira, aleitamento materno ou aleitamento misto) não apresentou associação estatisticamente significativa com uso ou não de chupeta ($p\text{-valor}=0,071^{**}$). A introdução da mamadeira ocorreu na maioria dos casos nos primeiros seis meses; o aleitamento misto alternando AM e mamadeira foi o tipo mais frequente (59,6%), superior ao resultado de Crestani et al. (2012)

para prematuridade (32%) e inferior ao encontrado por esses mesmos autores para bebês de baixo peso (64,3%).

Nos casos de aleitamento misto, 61,3% das mães relataram que não houve qualquer alteração na forma do bebê ordenhar o leite materno após introdução da mamadeira, mas 38,7% observaram redução na frequência e duração do AM; não houve associação estatística dessa variável com o uso de chupeta (p -valor=0,274*), conforme Tabela 6. A redução do AM pode ser explicada pelo fenômeno conhecido na literatura como “confusão de bicos”, em que o bebê pode rejeitar o AM se for exposto a bicos artificiais como mamadeira e chupeta (SOARES et al., 2003), mas pode estar relacionada também às dificuldades para estabelecer o AME relatadas pelas participantes.

Nos 19 casos em que houve uso de chupeta em bebês que estavam sendo amamentados, para 73,7% das mães não houve qualquer alteração na forma do bebê ordenhar o leite materno. Uma constatação do presente estudo é que as mães apresentaram expectativas positivas com relação ao AM, quando foram entrevistadas nas UTINs, haja visto o número expressivo daquelas que listaram benefícios e vantagens do AM tanto para a mãe quanto para o bebê, resultado semelhante às percepções positivas relatadas por Carrascoza et al. (2011). A literatura tem apontado que a interferência da chupeta associada à interrupção precoce do AM parece ocorrer somente em um grupo específico de mães que estejam enfrentando dificuldades para a manutenção do AM ou estejam pouco motivadas, não afetando as mães autoconfiantes (VICTORA et al., 1997; KAIR et al., 2013). Lindsten e Larsson (2009) também observaram que, apesar da prevalência de uso de chupeta ter aumentado comparando duas gerações, o

aleitamento materno foi 20 vezes mais comum na geração mais recente, justamente a que teve maior prevalência de chupeta.

Entre as participantes do presente estudo, a dificuldade para estabelecer ou manter a amamentação após a alta hospitalar foi relatada por 44,2%, sendo relacionada à falta de produção do leite materno (11,5%), produção escassa de leite materno (11,5%), mastite e fissuras (7,8%), comprometimento da saúde geral da mãe (3,8%), e ao fato do bebê não conseguir sugar, ficar cansado e perder peso (9,6%). Essa variável teve associação estatística com maior uso de chupeta ($p=0,012$). Como fatores de proteção relacionados ao menor uso de chupeta, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa foram o aleitamento materno exclusivo por um período de três meses ou superior e a manutenção do aleitamento materno por seis meses ou mais (Tabela 6). Esses resultados contribuem para a discussão sobre o uso da chupeta como *consequência* das dificuldades encontradas por mãe e bebê para manutenção do AM como fonte de satisfação da necessidade de sucção não nutritiva do bebê. Encontraram resultado semelhante os estudos de Oliveira, Souza e Chiappetta (2006), Mendes, Valença e Lima (2008) e Albuquerque et al. (2010).

Corroboram com os resultados de que a aceitação da chupeta pelo bebê é uma consequência das dificuldades encontradas no AM o fato de que, devido à orientação hospitalar contrária ao uso da chupeta, sua oferta inicial ocorreu na maioria dos casos do presente estudo na idade igual ou superior a três meses (73,1%), quando os problemas relacionados ao AM já haviam se instalado, e apenas um caso antes de um mês de idade (3,6%). De acordo com os achados de Howard et al. (2003) a introdução precoce da chupeta (até cinco dias de vida)

comparada com o uso tardio (mais de quatro semanas) reduziu a duração do aleitamento materno, reforçando a recomendação para evitar seu uso no período neonatal, o que também é preconizado por Mauch et al. (2012).

A variável relacionada à dificuldade encontrada pelas mães para estabelecer ou manter o AM foi comparada pelo teste de Mann-Whitney com as variáveis métricas tempo de internação na UTIN (em dias) e tempo de uso de sonda orogástrica (em dias), considerando que este foi o contexto inicial no planejamento do presente estudo para verificar o uso ou não de chupeta em bebês que tiveram uma restrição ao aleitamento materno devido ao uso de sonda orogástrica ou devido à separação temporária do acesso ao AM devido à hospitalização. Os resultados demonstraram que existe uma associação entre as variáveis, em que a apresentação de dificuldades para estabelecer ou manter o AM após a alta hospitalar foi relacionada com maior tempo de internação em UTIN ($p=0,007$) e o maior tempo de uso de SOG ($p=0,006$). Esses resultados se assemelham aos achados de Crestani et al. (2012) que verificaram que a menor frequência de aleitamento materno exclusivo foi associada significativamente com baixo peso ao nascimento, na presença de intercorrências peri e pós-natais. Sanches et al. (2011) também relacionaram que a dificuldade encontrada para o AM do lactente nascido de baixo peso ($\leq 2000g$) e a queixa da mãe sobre a mamada no primeiro mês constituíram fatores associados com a interrupção do AM exclusivo.

Os problemas relacionados ao aleitamento materno podem ser prevenidos se o sistema de saúde providenciar um bom suporte profissional para as lactantes no tempo correto (GERD et al., 2012), considerando que o aleitamento materno

não depende apenas das condições biológicas do bebê, mas também das reações maternas diante do desafio de ser mãe (CRESTANI et al., 2012). O contexto do presente estudo deve ser ressaltado, especialmente considerando esse grupo de mães que enfrentaram o estresse da internação de seus filhos nascidos pré-termo, cujo processo de AM pode ser difícil e desgastante, como constatado por Javorski et al. (2004), de forma que essas mães necessitam de maior apoio profissional com estabelecimento de condições que minimizem a separação e incentivem a interação mãe-bebê para o sucesso do AM (NYQVIST et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As expectativas das mães de recém-nascidos pré-termo internados em UTIN com relação ao aleitamento materno foram positivas, quando elencaram os benefícios da amamentação para a mãe e para o bebê, entretanto encontraram dificuldades para o estabelecimento ou manutenção do AME, recorrendo à introdução da mamadeira alternada com o AM. A aquisição da mamadeira foi realizada pela maioria antes do nascimento do filho.

O uso de chupeta foi efetivado por 50% dos bebês, na idade igual ou superior a três meses, mas a tentativa de oferta pelas mães ou familiares ocorreu em 96,2%, contrariando as expectativas prévias das mães de não ofertá-la aos seus bebês, uma vez que a maioria não tinha adquirido a chupeta antes do nascimento e havia relatado diversas desvantagens da chupeta. A concepção

prévia das mães pode ter se modificado por influência do macrossistema, conforme discutido na teoria bioecológica (BRONFENBRENNER, 1979/1996) uma vez que o uso de chupeta foi bastante alto entre crianças da família, e muitas participantes ofertaram a chupeta somente com o intuito de verificar se o filho queria, porque muitas crianças do seu convívio usavam. A primiparidade foi diretamente associada com maior uso de chupeta, provavelmente relacionada à inexperiência da mãe para interpretar as necessidades do bebê.

Não houve associação estatisticamente significativa entre uso de chupeta e prematuridade avaliada pela idade gestacional ($p=0,126$) e peso ao nascimento ($p\text{-valor}=0,214$). Considerando a relação entre peso ao nascimento para a idade gestacional correspondente, o grupo de recém-nascidos classificados como pequeno para idade gestacional (PIG) apresentou associação estatisticamente significativa com maior uso de chupeta ($p\text{-valor}=0,044$).

As dificuldades encontradas quanto ao AME foram significativamente relacionadas com maior uso de chupeta, com maior tempo de internação na UTIN e com maior tempo de uso de sonda orogástrica. Os fatores de proteção relacionados ao menor uso de chupeta foram o AME até à idade igual ou superior a três meses e a manutenção do AM por seis meses ou mais. Os resultados sugerem que o uso de chupeta entre bebês nascidos pré-termo e egressos de UTIN ocorreu como uma consequência das dificuldades encontradas por mãe e bebê para manutenção do AM como fonte de satisfação da necessidade de sucção não nutritiva do bebê, uma vez que a idade inicial da chupeta foi igual ou superior a três meses, quando os problemas relacionados ao AM já haviam se instalado.

Com base nos resultados do presente estudo pode-se concluir que a oferta da chupeta apresentou influência cultural (macrossistema), mas a sua aceitação pelo bebê, com a conseqüente instalação do hábito, ocorreu principalmente devido às dificuldades encontradas pelas mães de RNPT para estabelecerem o AME. Por outro lado, a interferência cultural também se fez presente na aceitação da chupeta pelos bebês nos casos em que a oferta pelos familiares foi realizada com base na insistência.

Considerando as especificidades discutidas nesse estudo quando à sucção nutritiva e não nutritiva em bebês nascidos pré-termo nos primeiros seis meses de vida, o suporte profissional para acompanhamento das lactantes após a alta da UTIN é importante para o estabelecimento e principalmente a manutenção do AME e redução da instalação de hábitos de sucção não nutritiva, como a sucção de dedo e chupeta. Nesse último caso, a motivação das mães com respeito às suas crenças e valores culturais deve ocorrer a partir da sugestão de métodos alternativos para lidar com o sono e o choro do bebê.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. S. L. et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 371-378, 2010.

ALIBONI, V. G.; ALFIE, J. D.; PASTRANA, S. C. Uso del chupete: hallazgos preliminares. **Archivos Argentinos de Pediatría**, Buenos Aires, v. 100, n. 2, p. 114-119, 2002.

- AQUINO, F. M.; CHRISTOFFEL, M. M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Revista RENE**: revista da rede de enfermagem do Nordeste, v. 11, número especial, p. 169-177, 2010.
- ATRASH, K.; CARPENTIER, R. The evolving role of public health in the delivery of health care. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.396-399, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223p.
- BENEVENUTO DE OLIVEIRA, M. M. et al. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 23, n. 3, p. 269-74, 2007.
- BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979/1996. p. 5-197.
- CAMINHA, M. F. C. et al. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2245- 2250, 2011.
- CARRASCOZA, K. C. et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1045-1059, 2011.
- CRESTANI, A. H. et al. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 205-10, 2012.
- ÇAGLAR, E. et al. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 72, n. 1, p. 25-30, 2005.
- DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Aspectos culturais para a oferta da chupeta às crianças. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2013.
- DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística - Básica e Clínica**. 3 ed. Porto Alegre: Mcgraw-hill Interamericana, 2003. p. 117-140.
- DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 44-63, 2004.
- FERRINI, F. R.; MARBA, S. T.; GAVIÃO, M. B. Oral conditions in very low and extremely low birth weight children. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 75, n. 3, p. 235-242, 2008.

FIELD, A. **Descobrimdo a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 606-639.

GERD, A. T. et al. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 101, n. 1, p. 55-60, 2012.

HAUCK, F. R.; OMOJOKUN, O. O.; SIADATY, M. S. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. **Pediatrics**, Evanston, v. 116, n. 5, e716-e723, 2005.

HOLANDA, A. L. et al. Relationship between breast- and bottle-feeding and non-nutritive sucking habits. **Oral Health & Preventive Dentistry**, New Malden, v. 7, n. 4, p. 331-7, 2009.

HOWARD, C. R. et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 3, p. 511-8, 2003.

IBIDI, S. M.; CARDOSO, L. E. M. B. Classificação do recém-nascido: cuidados com o RN PIG e RN GIG. In: VAZ, F. A. C. et al. **Neonatologia**. Barueri: Manole, 2011. p. 3-6.

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

KAIR, L. R. et al. Pacifier restriction and exclusive breast feeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 131, n. 4, p. e1101-7, 2013.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-675, 2005.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Centauro, 2004. p. 285-88.

LINDSTEN, R.; LARSSON, E. Pacifier-sucking and breast-feeding: a comparison between the 1960s and the 1990s. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 76, n. 3, p. 199-203, 2009.

LOZANO DE LA TORRE, M. J. et al. Uso del chupete y lactancia materna. **Anales Pediatría**, Barcelona, v. 74, n. 4, p. 271.e1-271.e5, 2011.

MAUCH, C. E. et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study. **BMC Pediatrics**, London, v. 12, n. 7, p. 1-10, 2012.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-569, 2009.

MENDES, A. C. R.; VALENÇA, A. M. G.; LIMA, C. M. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 11, n. 1, p. 67-75, 2008.

NEIVA, F. C.; LEONE, C. R. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. **Pró-Fono**, Barueri, v. 18, n. 2, p. 141-159, 2006.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into neonatal intensive Care: Expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 29, n. 3, p. 300-309, 2013.

OLIVEIRA, A. B.; SOUZA, F. P.; CHIAPPETTA, A. L. Relação entre hábitos de sucção não-nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusão em crianças com dentição decídua. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 8, n.3, p. 352-359, 2006.

PANSY, J. et al. Pacifier use: what makes mothers change their mind? **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 97, n. 7, p. 968-71, 2008.

PINELLI, J.; SYMINGTON, A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 19, n. 4, 2005.

POORE, M. et al. Patterned orocutaneous therapy improves sucking and oral feeding in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 97, n. 7, p. 920-927, 2008.

SANCHES, M. T. C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.

SANTOS, S. A. et al. Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 5, p. 408-14, 2009.

SELMER-OLSEN, I. The pacifier: a story about comfort, rituals and aesthetification of childhood. **Childhood**, Copenhagen, v.14, n. 4, p. 521-35, 2007.

SERTORIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

SIMIONI, L. R. G.; COMIOTTO, M. S.; RÊGO, D. M. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **RPG**. Revista de pós-graduação, São Paulo, v.12, n. 2, p.167-73, 2005.

SERRA-NEGRA, J. M. C. et al. Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos? **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 21, n. 52, p. 146-152, 2006.

SOARES, M. E. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.

TONKIN, S. L. et al. Effect of pacifier use on mandibular position in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 96, n. 10, p. 1433-1436, 2007.
VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 38-76.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 194 p.

VICTORA, C. G. et al. Pacifier use and short breast feeding duration: cause, consequence or coincidence. **Pediatrics**, Evanston, v. 99, n. 3, p. 445-453, 1997.

WHITMARSH, J. The good, the bad and the pacifier: unsettling accounts of early years practice. **Journal of Early Childhood Research**, v. 6, n. 2, p. 145-62, 2008.

YILDIZ, A.; ARIKAN, D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 5-6, p. 644-656, 2011.

YILMAZ, F.; ARIKAN, D. The effects of various interventions to newborns on pain and duration of crying. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 20, n. 7-8, p.1008-1017, 2011.

5.4 ESTUDO 4 - INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ PARA LIDAR COM A SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA, CONSTITUIÇÃO E ATUAÇÃO DO APOIO SOCIAL: *FOLLOW-UP* DE 24 MESES

INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ PARA LIDAR COM A SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA, CONSTITUIÇÃO E ATUAÇÃO DO APOIO SOCIAL: *FOLLOW-UP* DE 24 MESES.

RESUMO

Introdução: Estabelecer o aleitamento materno e lidar com a sucção não nutritiva do bebê constituem desafios para mães de recém-nascidos pré-termo. **Objetivo:** Investigar a avaliação de mães de bebês nascidos pré-termo egressos de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) quanto a características de temperamento, sucção nutritiva (SN) e sucção não nutritiva (SNN), e quanto à constituição e atuação do apoio social. **Método:** O estudo foi longitudinal baseado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, utilizando entrevistas gravadas com mães de recém-nascidos pré-termo internados em UTIN e aos 06, 12, 18 e 24 meses de idade do bebê. As participantes foram divididas em Grupo-A (bebê usava chupeta) e Grupo-B (não usou chupeta). **Resultados:** Características de temperamento calmo/tranquilo da mãe foram mais frequentes no Grupo-A (75%) e temperamento nervoso/agitado/irritado no Grupo-B (61,5%), p -valor=0,041. No Grupo-A predominaram características de temperamento do bebê descritas como calmo/fácil-de-cuidar/independente (55%), enquanto no Grupo-B características de temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo (84,6%), p -valor=0,026, associadas também à necessidade de várias tentativas de oferta da chupeta (p -valor=0,006). Entre as mães que amamentaram ($n=29$) 75,8% permitiam a SNN no peito. Aos 24 meses ainda havia uso da mamadeira para adormecer (69,7%) e de madrugada (42,4%). O uso de chupeta foi frequente aos seis meses (51,5%), e se manteve até 24 meses em 45,4%, principalmente para adormecer. No Grupo-A, o número de pessoas para ajudar à mãe (apoio social) foi uma ou duas (77,8%), enquanto no Grupo-B foram três a sete (66,7%), p -valor=0,001. **Conclusão:** Na avaliação das mães, a necessidade de SN e SNN ainda estava presente aos 24 meses. No Grupo-A, o temperamento calmo/tranquilo da mãe predominou, assim como o temperamento calmo/fácil-de-cuidar/independente do bebê, também associado à aceitação mais fácil da chupeta. A extensão do apoio social foi significativamente menor no Grupo-A.

Palavras-chave: Prematuro. Chupetas. Comportamento de sucção. Aleitamento materno. Apoio social.

MOTHER-INFANT INTERACTION TO DEAL WITH NUTRITIVE AND NON-NUTRITIVE SUCKING, CONSTITUTION AND ROLE OF SOCIAL SUPPORT: TWENTY-FOUR-MONTH FOLLOW-UP

ABSTRACT

Introduction: Establishing breastfeeding and dealing with infant's non-nutritive sucking pose challenges to preterm newborn's mothers. **Purpose:** Investigate the evaluation of mothers of preterm infants discharged from neonatal intensive care unit (NICU), regarding their characteristics of temperament, nutritive sucking (NS) and non-nutritive sucking (NNS), constitution and role of social support. **Method:** This is a longitudinal study based on Bioecological Theory of Human Development, using interviews recorded with mothers of preterm newborns hospitalized at NICU and then at 6, 12, 18 and 24 months old. Participants were divided into Group-A (infants using pacifier) and Group-B (not using pacifier). **Results:** Mothers' calm/quiet characteristics of temperament were more frequent in Group-A (75%) and nervous/uneasy/angry temperament in Group-B (61.5%), p -value=0.041. In Group-A, infant's predominant characteristics of temperament were calm/easy-to-care-for/independent (55%), whereas in Group-B infant's uneasy/messy/stubborn/aggressive characteristics of temperament were more frequent (84.6%), p -value=0.026, also associated to the need of several attempts to offer pacifier (p -value=0.006). Among mothers who breastfed, ($n=29$) 75.8% allowed NNS on their breasts. At 24 months, there was still use of bottle to sleep (69.7%) and in the middle of night (42.4%). The use of pacifier was frequent at six months (51.5%) and kept until 24 months in 45.4%, mainly to fall asleep. In Group-A, the number of people to help the mother (social support) was one or two (77.8%), whereas in Group-B they were from three to seven (66.7%), p -value=0.001. **Conclusion:** In the mothers' evaluation, the need of NS and NNS was still present at 24 months. In Group-A, mothers' calm/quiet temperament predominated, as well as infants' calm/easy-to-care-for/independent temperament, also associated to easier pacifier acceptance. Extension of social support was significantly lower in Group-A.

Key-words: Pacifiers. Sucking behavior. Infant, premature. Breast Feeding. Social support.

INTRODUÇÃO

O lactente obtém a nutrição fundamental para sua sobrevivência pelo aleitamento materno e, ao mesmo tempo, experimenta outras sensações relacionadas ao componente não nutritivo da sucção no peito, que satisfazem aspectos de prazer e segurança. Entretanto, se a necessidade de sucção não nutritiva não for completamente satisfeita, o bebê pode ficar inquieto, chorar, dormir pouco ou começar a sugar as mãos ou o dedo (CAMARGO, 2005). Na tentativa de acalmá-lo e também evitar que se instale o hábito de sucção de dedo, geralmente a mãe ou outro familiar recorre à introdução da chupeta. É neste ato que pode ocorrer a oferta excessiva, até mesmo para bebês que não iriam recorrer à sucção de dedo, o que leva à reflexão sobre o uso de chupeta como uma forma de mascarar outras necessidades dos bebês, que também se expressam por meio do choro.

A oferta excessiva da chupeta pode condicionar à instalação do hábito pela prática repetitiva. A frequência de crianças com hábitos de sucção tem variado ao longo dos anos, mas até por volta do ano de 1965 os estudos se referiam à sucção digital (entre 17 e 50%), com pouca ou nenhuma menção à frequência de uso de chupeta. Quando os estudos passaram a incluir os dados relativos à chupeta, a porcentagem total de hábitos de sucção foi muito mais elevada, entre 31 e 95%, indicando uso indiscriminado (DADALTO, 1989; SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JUNIOR, 1997; OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETA, 2006; PERES et al., 2007; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008).

A chupeta é um objeto de pesquisa atraente devido à ambivalência que causa, ficando no limite entre o que tem e o que não tem sido considerado uma forma saudável de lidar com a criança (SELMER-OLSEN, 2007). Na atualidade, o debate envolvendo a chupeta prossegue. Quando o tema é a *introdução* da chupeta, as pesquisas podem recomendar seu uso, sugerindo associação com menor risco de morte súbita do bebê no berço (MITCHELL; BLAIR; L'HOIR, 2006), para estimular a sucção não nutritiva em recém-nascidos pré-termo (RNPTs), associada ou não a sons musicais (POORE et al., 2008; YILDIZ; ARIKAN, 2011), ou para alívio da dor durante procedimentos invasivos realizados em RNPTs hospitalizados (YILMAZ; ARIKAN, 2011). Por outro lado, as pesquisas podem apresentar uma conclusão radicalmente contrária à introdução da chupeta devido à possibilidade de interferência no aleitamento materno (AM) atuando como a *causa* do desmame precoce (SOARES et al., 2003). O uso de chupeta também foi analisado como uma *consequência* das dificuldades encontradas por mãe e bebê para manutenção do AM como fonte de satisfação da necessidade de sucção não nutritiva do bebê (OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETTA, 2006; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008; ALBUQUERQUE et al., 2010).

Quanto ao tema sobre *uso prolongado* da chupeta como hábito instalado, sua relação com o desenvolvimento de alterações miofuncionais e na arcada dentária, especialmente a mordida aberta anterior, foi demonstrada como estatisticamente significativa em várias pesquisas (DADALTO, 1989; PAUNIO; RAUTAVA; SILLANPÄÄ, 1993; VERRASTRO et al., 2006; OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETTA, 2006; PERES et al., 2007; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008). Como conclusão, estes autores justificaram a orientação para remoção desse

hábito deletério o mais precoce possível, o que poderia favorecer a autocorreção dessa alteração da arcada dentária pela atuação da musculatura facial ainda em condições de tonicidade normal.

No caso específico do RNPT que necessita de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), a alimentação por meio de sonda orogástrica tem como consequência o atraso da maturidade da função de sucção e sua atividade coordenada com a respiração e deglutição. Para a alta hospitalar, é necessário que o RNPT, além de obter condições sistêmicas, recupere também a atividade de sucção para que a alimentação oral seja segura, existindo a possibilidade ou não de recuperar o AM (COLLINS et al., 2004).

A qualidade da relação com os profissionais de saúde, sustentada pela interação efetiva entre a mãe e o profissional, propiciaram às lactantes no estudo de Müller e Silva (2009) a percepção de um apoio efetivo no contexto hospitalar, imprescindível para o estabelecimento do aleitamento materno, o que também foi analisado por Roseiro e Paula (2013) como uma das ações para o atendimento humanizado em UTIN. O apoio social para as lactantes pode ter interferência positiva na facilitação do processo de amamentação, como foi encontrado no trabalho de Morgado, Werneck e Hasselmann (2013), em que um número maior de parentes com quem a mãe podia contar e ter alto apoio social implicou em maiores chances de aleitamento materno exclusivo. Por outro lado, na pesquisa de Marques et al. (2010) a rede social funcionou tanto como uma rede de apoio quanto como uma rede geradora de possíveis conflitos frente à lactação, ao passo que os resultados de Falceto (2002) demonstraram que 83% das mães podiam contar com duas ou mais pessoas quando necessitavam, mas somente o

apoio efetivo do pai à amamentação demonstrou proteger diretamente o bebê do desmame precoce.

O estabelecimento do aleitamento materno exclusivo tem sido associado à menor necessidade de sucção não nutritiva complementar (ALBUQUERQUE et al., 2010). Entretanto, a idade em que ocorre o início do uso de chupeta demonstrou ter influência para o desmame precoce, sendo que o período crítico tem sido associado à idade inferior a quatro semanas, o que justifica a recomendação para não utilizar a chupeta no período neonatal (HOWARD et al., 2003; MAUCH et al., 2012).

A frequência de uso de chupeta em bebês nascidos pré-termo encontrada no estudo de Benevenuto de Oliveira et al. (2007) foi de 45,7% nos primeiros seis meses de idade. A associação significativa entre uso de chupeta e prematuridade foi observada por Ferrini, Marba e Gavião (2008) em um estudo com crianças de dois a quatro anos, nascidas pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso (56%), comparadas com crianças com peso de nascimento normal (33%), com p-valor=0,02.

O que se analisa preliminarmente no debate sobre a chupeta é que envolve o elemento adulto na composição da díade mãe-bebê, quando a oferta é realizada pela própria mãe, ou outro sujeito, também adulto, que possa ter influência sobre a relação diádica na oferta deste artefato. No estudo de Mauch et al. (2012) as pessoas do apoio social foram responsáveis pelo aconselhamento sobre a introdução da chupeta em 69,4% dos relatos. Os principais motivos que levaram à oferta da chupeta nesse mesmo estudo foram: acalmar o bebê (78,3%),

ajudar a colocá-lo para dormir (57,4%), mantê-lo confortável e quieto (40,4%), impedir a sucção de dedo (20,9%), regular o tempo entre as mamadas (12,6%), ajudar o bebê na época da erupção dos dentes (9,4%) e ajudar a retirar o bebê do peito após a mamada (6,8%).

A influência cultural quanto aos hábitos de sono atua como guia para as decisões dos pais quanto à oferta de alimento na hora de dormir, a posição e o compartilhamento da cama, assim como o uso de chupeta e outros objetos (GEIB, 2007). O momento da retirada da chupeta também é carregado por influência cultural. Nos países nórdicos, a idade de três anos é considerada limite para a remoção da chupeta, porque a própria ideologia demanda a respeito da autonomia da criança. Por outro lado, a própria cultura busca soluções alternativas para compensar os sentimentos de ambivalência dos pais por terem ensinado um hábito com efeitos deletérios ao qual a criança está dependente, estabelecendo novas relações e transferindo a responsabilidade do âmbito individual para o coletivo. Podem ser citados como exemplos: levar a criança para pendurar a chupeta em uma árvore (*pacifier-tree* ou *dummy-tree*) em parques da Dinamarca e Suécia; promover uma festa para despedida da chupeta, trocar por um presente ou dar a chupeta para o Papai Noel são algumas soluções na Noruega (SELMER-OLSEN, 2007). Solução cultural também tem sido usada na Alemanha, onde um conto sobre a fada da chupeta ajuda os pais no momento da remoção deste objeto, de forma que do ponto de vista da criança não foram os pais que a retiraram, mas a fada (HEIMERDINGER, 2011). No estudo de Martins et al. (2010), foi mais frequente nas famílias brasileiras o diálogo com a criança

para que ela desistisse do hábito e a troca por um presente, mas os relatos de soluções mais radicais como jogar a chupeta fora também foram encontrados.

O delineamento do presente estudo seguiu os preceitos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) proposta por Bronfenbrenner (2001), por considerar adequada e necessária para avaliar a complexidade dos fatores relacionados à interação entre a mãe e o bebê nascido pré-termo para lidar com a sucção nutritiva e não nutritiva e à influência das pessoas que fornecem suporte direto à mãe (apoio social). A base da TBDH constitui-se de quatro componentes principais e as relações entre eles, compondo o modelo *processo – pessoa – contexto – tempo* (PPCT). O construto *processo* define-se como a interação entre o ser humano em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos no seu ambiente imediato, considerado na teoria como o mecanismo primário produtor do desenvolvimento, especificamente os *processos proximais*. Para que estes sejam efetivos, as interações devem ocorrer com regularidade, progressivamente mais complexas e em períodos prolongados de tempo, o que gera motivação, conhecimento e habilidade para que a pessoa em desenvolvimento possa se engajar em atividades mais complexas com os outros ou consigo mesmo. Por exemplo, por meio de interações mais complexas com seus pais as crianças progressivamente se tornam agentes de seu próprio desenvolvimento, pelo menos parcialmente (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

O desenvolvimento psicológico da criança é impulsionado pelo seu envolvimento em processos proximais com uma ou mais pessoas com quem estabeleceu um apego emocional mútuo e permanente e que estão

comprometidas com seu desenvolvimento e bem-estar, em especial os pais. É um processo interativo em dois níveis: não apenas o adulto influencia o comportamento da criança, mas o bebê também influencia a conduta do adulto, já que é ele quem dá o impulso ao processo em termos de energia e sentido (BRONFENBRENNER, 1973). O apego mútuo leva à internalização das atividades realizadas pelos pais e dos sentimentos de afeto demonstrados por eles. Isso motiva o interesse da criança e o engajamento em atividades nos ambientes que convidam à exploração, manipulação e imaginação (BRONFENBRENNER, 2001).

O poder de influência dos processos proximais, entretanto, varia em função das características da *pessoa* em desenvolvimento, do seu *contexto* ambiental imediato e mais remoto e dos períodos de *tempo* nos quais esses processos atuam. As características da *pessoa* podem influenciar o desenvolvimento pela sua capacidade de afetar os processos proximais (PP), estimulando ou impedindo sua ação; podem também se apresentar como um resultado do desenvolvimento representado pelas características que emergem no curso da vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Quando o ambiente de pesquisa contém mais de duas pessoas, o modelo analítico precisa levar em consideração a influência indireta de terceiras pessoas. Seu sistema de crenças pode estimular ou manter a interação recíproca com a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1994; 1995). Este tipo de influência indireta é referido como *efeito de segunda ordem* (BRONFENBRENNER, 1974; 1977).

O *contexto* é representado por quatro níveis: *microssistema*, que é o ambiente mais imediato, onde as atividades e relações interpessoais são realizadas face-a-face; *mesossistema*, conjunto de microssistemas nos quais a pessoa participa diretamente; *exossistema*, quando as relações ocorrem em dois ou mais ambientes em que pelo menos em um deles a pessoa não está inserida, mas que podem influenciá-la indiretamente; e *macrossistema* que é a organização social comum a uma determinada cultura (BRONFENBRENNER, 1994; 1995).

O contexto na TBDH não é definido somente como as condições físicas objetivas do ambiente, mas também com relação à forma como o ambiente é percebido pela pessoa em desenvolvimento nos estágios sucessivos ao longo do seu curso de vida e à forma como o vivencia subjetivamente. Esse tipo de experiência emerge precocemente na infância e continua por toda a vida, podendo estar relacionada à própria pessoa ou a outras pessoas, especialmente à família e amigos, ou estar relacionada às atividades nas quais a pessoa se envolve. As características relacionadas à experiência estão carregadas por forças subjetivas positivas e negativas, tendo como exemplo as polaridades amor e ódio, desejo e repulsa, podendo coexistir em diferentes graus (BRONFENBRENNER, 2001).

O desenvolvimento da pessoa pode ser influenciado também por mudanças biológicas e sociais que ocorrem no curso da vida e envolvem alterações de papéis e atividades (de esposa para mãe, de criança em casa a aluno na escola). Frequentemente ocorrem em mais de um ambiente, com processos recíprocos dentro destes ambientes e entre eles, tendo como exemplos, a entrada da criança na creche, um novo emprego em outra cidade, ou

a volta para casa de mãe e bebê após internação hospitalar (BRONFENBRENNER 1979/ 1996; 1977). A dimensão *tempo* é apresentada na TBDH em três níveis sucessivos: *microtempo*, relacionado aos episódios em nível de processos proximais; *mesotempo*, relativo à periodicidade desses episódios em dias e semanas; e o *macrotempo* às expectativas e eventos da sociedade através de gerações (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

OBJETIVO

O propósito do presente estudo foi investigar a avaliação de mães de bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN quanto a características de temperamento, sucção nutritiva e não nutritiva, e quanto à constituição e atuação do apoio social aos 06, 12, 18 e 24 meses.

MÉTODO

Este estudo apresenta os dados referentes ao acompanhamento longitudinal sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta, conduzido na cidade de Vitória-ES, por um período de dois anos, com a participação voluntária de mães de recém-nascidos pré-termo (RNPTs), considerando a idade gestacional inferior a 37 semanas, e egressos de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). O

projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sob o nº 249/10, e as participantes assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A fase inicial foi realizada na UTIN do hospital universitário e na UTIN particular Neocare – Cuidados Intensivos e Integrados em Neonatologia, onde 62 mães foram entrevistadas quando seus filhos estavam em situação de médio risco. Aos seis meses de idade cronológica dos bebês, as mães participaram da segunda entrevista, realizada na Clínica de Odontopediatria da UFES, conjuntamente com o acompanhamento odontológico dos filhos. As fases subsequentes ocorreram sucessivamente aos 12, 18 e 24 meses, considerando a idade cronológica, totalizando cinco momentos de coleta de dados. Para este estudo foram compilados os dados referentes a 33 mães que compareceram a todas as fases, correspondendo a 53,2% do grupo inicial.

Comparando as características das participantes que permaneceram no estudo (n=33) com as participantes que foram selecionadas inicialmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, utilizando-se o teste Qui-quadrado, o teste Exato de Fisher* ou a Razão de Máxima Verossimilhança**. As variáveis categóricas testadas para verificar se haveria independência ou não conforme a variável dicotômica quanto à perda da amostra foram: UTIN (p=0,474*), sexo do bebê (p=0,594*), idade gestacional (p=0,474*), tempo de uso de sonda orogástrica (p=0,450*), primiparidade (p=0,582*), classificação econômica (p=0,570*), cidade de residência (p=0,296**), inserção da mãe no mercado de trabalho (p=0,636) e escolaridade da mãe (p=0,996).

O instrumento utilizado para a coleta dos dados da fase dois à fase cinco foi uma entrevista com roteiro semiestruturado, gravada, contendo 63 questões fechadas e abertas sobre saúde geral, alimentação, hábitos do bebê e apoio social. Para este estudo foram analisados os aspectos relacionados ao apoio social recebido pelas mães durante o primeiro ano de vida dos bebês, características pessoais da mãe e bebê, sucção nutritiva e não nutritiva e aspectos relativos ao hábito de sucção de chupeta ao longo dos 24 meses de acompanhamento. A escolaridade da mãe foi classificada de acordo com o sistema educacional brasileiro vigente e considerando se o nível estava completo ou incompleto: ensino fundamental incompleto (EFI), ensino fundamental completo (EFC), ensino médio incompleto (EMI), ensino médio completo (EMC), ensino superior incompleto (ESI) e ensino superior completo (ESC).

As entrevistas gravadas foram transcritas e numeradas sequencialmente. A seguir as questões abertas foram categorizadas por aproximação semântica, com base na análise de conteúdo (BARDIN, 1977). As respostas de cada item do roteiro da entrevista foram tabuladas utilizando o editor de dados SPSS versão 18.0 para Windows (SPSS INC., CHICAGO, IL, USA), e apresentadas por meio de procedimentos de estatística descritiva. A estratégia de planejamento deste estudo teve como base a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) utilizando o modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT). A análise proposta para este artigo foi baseada no principal construto desta teoria representado pelos processos proximais (BRONFENBRENNER, 2001), considerando-se a interdependência dos elementos do modelo PPCT.

As participantes foram distribuídas em dois grupos para análise dos dados referentes ao uso de chupeta. No Grupo A, foram incluídas as participantes cujos filhos usaram ou ainda estavam usando chupeta e no Grupo B aquelas em que os bebês nunca haviam usado chupeta. Os dados referentes às percepções das participantes sobre as características de temperamento da mãe e do bebê, compartilhamento da cama e apoio social no primeiro ano de vida foram comparados para verificar a relação com uso ou não de chupeta, por meio do teste de Qui-quadrado, teste Exato de Fisher, quando a variável de exposição admitia duas categorias, ou a Razão da Máxima Verossimilhança para os casos de mais de duas categorias (DAWSON; TRAPP, 2003; FIELD, 2009).

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E SEUS FILHOS

Cumpriram todas as fases do estudo longitudinal 33 mães de bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN (PT-UTIN). A caracterização dessas participantes e os dados referentes aos bebês podem ser observados nas Tabelas 1 e 2. As alterações de saúde geral da mãe mais frequentemente relatadas foram: hipertensão arterial, anemia, infecção urinária, cefaleia e refluxo gastroesofágico.

Tabela 1 – Características pessoais das participantes nas fases inicial e final do estudo longitudinal.

	Fase Inicial		Fase Final	
	n	%	n	%
Escolaridade:				
EFI, EFC, EMI	14	(42,4)	13	(39,4)
EMC	9	(27,3)	8	(24,2)
ESI, ESC	10	(30,3)	12	(36,4)
Realizou curso complementar	-		6	(18,2)
Número de filhos				
01	18	(54,6)	16	(48,5)
02	11	(33,3)	13	(39,5)
03 e 04	3	(9,1)	2	(6,0)
05 ou +	1	(3,0)	2	(6,0)
Inserida no mercado de trabalho				
Sim/Sim	13	(39,4)	13	(39,4)
Sim/Não	6	(18,2)	-	
Não/Sim	-		5	(15,1)
União estável e reside com o pai do bebê	27	(81,8)	26	(78,8)
Outras pessoas residem na mesma casa	7	(21,2)	5	(15,2)

Nota: EFI – Ensino fundamental incompleto; EFC – Ensino fundamental completo; EMI – Ensino médio incompleto; EMC – Ensino médio completo; ESI – Ensino superior incompleto; ESC – Ensino superior completo.

Tabela 2 – Características referentes aos bebês PT-UTIN, nas fases inicial e final do estudo longitudinal.

	n	%
FASE INICIAL		
Sexo		
Masculino	16	(48,5)
Feminino	17	(51,5)
Idade gestacional: ≤ 33 semanas e 6 dias	11	(33,3)
34 semanas até <37 semanas	22	(66,7)
Peso < 2.500 gramas	27	(81,8)
UTIN: HUCAM (pública)	15	(45,5)
Neocare (particular)	18	(54,5)
Dias de internação em UTIN: mais de 7 dias	28	(84,8)
Alimentação por meio de sonda orogástrica	30	(90,9)
Necessidade de cuidado especial após alta hospitalar	9	(27,3)
FASE FINAL		
Bom estado de saúde geral	17	(51,5)
Peso, altura e desenvolvimento:		
compatíveis com idade cronológica	28	(84,8)
Fisioterapia ou estimulação orientada	10	(30,3)

Apenas em nove casos as mães relataram dificuldades para os cuidados com os bebês após a alta hospitalar, envolvendo cuidados com a amamentação, com a alimentação, regulação do sono, mostrando o dia e a noite, não ir à rua e restrições para que outras pessoas pegassem o bebê no colo. As alterações de saúde geral dos bebês mais comumente relatadas pelas mães foram: asma, pneumonia, refluxo gastroesofágico e viroses.

Características do temperamento da mãe e sua alteração ao longo dos dois anos do estudo foram avaliadas pelas participantes, permitindo o agrupamento em sete categorias: 1 - calma/tranquila como antes do nascimento do bebê (n=14, 42,4%), 2 - mais calma/tranquila do que antes (n=2, 6,1%), 3 - nervosa, agitada ou irritada como antes (n=3, 9,1%) e 4 - mais nervosa, agitada ou irritada do que antes (n=4, 12,1%), 5 – antes era calma/tranquila e ficou nervosa, agitada ou irritada (n=6, 18,2%), 6 – antes era nervosa, agitada ou irritada e ficou mais calma/tranquila (n=3, 9,1%), e 7 – era calma, ficou mais nervosa, agitada ou irritada e depois ficou mais calma/tranquila (n=1, 3,0%). Considerando o padrão de temperamento no final do estudo, no Grupo A predominou o tipo calma/tranquila e no Grupo B o tipo nervosa/agitada/irritada (Tabela 3).

Tabela 3 – Características de temperamento da mãe no final do estudo, conforme avaliação das participantes.

Características de temperamento da mãe ao final do estudo	CHUPETA - 24 MESES				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Calma/tranquila	15	75,0	5	38,5	0,041*
Nervosa/agitada/irritada	5	25,0	8	61,5	
Total	20	100,0	13	100,0	-

*Teste Exato de Fischer

As características de temperamento do bebê aos seis meses foram definidas pela maioria das mães como calmo/tranquilo (78,8%); aos 12 meses esse percentual foi de 54,6%, mas 24,2% definiram o bebê como

agitado/bagunceiro e apareceram os primeiros relatos de teimosia, caracterizado na descrição de “pirraça” (21,2%). Aos 18 meses 27,2% classificaram como calmo/tranquilo, 21,2% agitado/bagunceiro, 42,5% teimoso e 9,1% agressivo (empurrar, bater ou morder). Aos 24 meses, 27,2% eram do tipo calmo/tranquilo, 21,2% agitado/bagunceiro, 24,2% teimoso, 15,2% agressivo (empurrar, bater ou morder), 9,1% calmo/tranquilo, mas teimoso quando contrariado, e 3,0% independente/decidido. Para possibilitar o teste estatístico de comparação entre os Grupos A e B, as categorias de temperamento do bebê foram agrupadas, conforme características mais fáceis para o cuidado (calmo, tranquilo, fácil de cuidar, independente) e características mais difíceis (agitado, bagunceiro, teimoso, agressivo), de acordo com a avaliação de suas mães (Tabela 4). O tipo calmo/tranquilo, mas teimoso quando contrariado, foi incluído na categoria calmo/fácil de cuidar por se tratar do temperamento predominante da criança. A primeira categoria foi mais frequente no Grupo A, enquanto a segunda predominou no Grupo B ($p=0,026$).

Tabela 4 – Características de temperamento do bebê ao final do estudo (24 meses de idade), de acordo com uso ou não de chupeta, conforme avaliação das participantes.

Características de temperamento do bebê - 24 meses	CHUPETA - 24 MESES				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Calmo/fácil de cuidar/independente	11	55,0	2	15,4	
Agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo	9	45,0	11	84,6	0,026*
Total	20	100,0	13	100,0	-

*Teste Exato de Fisher

Entre as 33 participantes 32 fizeram alguma tentativa para que o bebê usasse chupeta, sendo que em 15 casos a mãe só colocou a chupeta na boca do bebê para ver se ele queria e em 17 casos foram realizadas várias tentativas. A Tabela 5 apresenta os dados referentes ao temperamento do bebê no final do estudo em comparação com a tentativa de oferta da chupeta. Entre os 15 casos em que a mãe só colocou a chupeta, oito entre os 10 bebês de temperamento calmo passaram a usar esse objeto e três entre os cinco bebês de temperamento agitado. Quando foram feitas várias tentativas, os três bebês de temperamento calmo aceitaram a chupeta e entre os 14 bebês de temperamento agitado, seis passaram a usar chupeta (42,8%). O temperamento da mãe não apresentou relação com o número de vezes em que a chupeta foi ofertada ($p=0,602^*$).

Tabela 5 – Características de temperamento do bebê ao final do estudo (24 meses de idade), de acordo com a tentativa de oferta da chupeta, conforme avaliação das participantes.

Características de temperamento do bebê - 24 meses	TENTATIVA DE OFERTA DA CHUPETA				p-valor
	SÓ COLOCOU		VÁRIAS VEZES		
	n	%	n	%	
Calmo/fácil de cuidar/independente	10	66,7	3	17,6	0,006*
Agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo	5	33,3	14	82,4	
Total	15	100,0	17	100,0	-

*Teste Exato de Fisher

A análise do contexto relacionado aos hábitos de sono indicou que não era comum a disponibilização de um quarto individual para o bebê. Na maioria dos casos o berço ficava no quarto dos pais (84,8%) e em outros ficava no mesmo quarto dos irmãos (15,2%). Alguns bebês tinham um quarto próprio, mas dormiam no quarto dos pais. A maioria dos bebês dormia em berço, que aos 24 meses foi transformado em cama. O compartilhamento da cama entre a mãe e o bebê foi comum (51,5%), especialmente para mães solteiras, nas situações em que o pai trabalhava por escala, no horário inicial do sono, até o bebê adormecer, ou quando ele estava doente. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao compartilhamento da cama e uso ou não de chupeta (p-valor=0,099), pelo Teste Exato de Fisher (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das participantes conforme o compartilhamento da cama com o bebê e uso ou não de chupeta.

Compartilhamento da cama entre os pais e o bebê	CHUPETA - 24 MESES				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Não	12	60,0	4	30,8	0,099*
Sim	8	40,0	9	69,2	
Total	20	100,0	13	100,0	-

*Teste Exato de Fischer

SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA AO LONGO DOS DOIS ANOS DE ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL

Na Tabela 7 estão relacionados os tipos de sucção nutritiva (SN) e sucção não nutritiva (SNN) que os bebês PT-UTIN realizaram ao longo dos dois anos de acompanhamento, considerando aqueles que ainda estavam praticando SN e SNN em cada idade. O aleitamento materno foi efetivado em 29 casos (87,9%) nos primeiros seis meses, mas o total de mães que ainda estavam amamentando à época da entrevista de seis meses foi de 21 (63,6%). A utilização de mamadeira, mesmo que por curto período de tempo, ocorreu em 29 casos (87,9%). A sucção de chupeta ao total foi realizada por 20 bebês (60,6%) em algum período durante o acompanhamento longitudinal, sendo que cinco abandonaram o hábito entre as entrevistas de seis a 24 meses; as idades inicial e final podem ser observadas na Tabela 8.

Tabela 7 – Distribuição das participantes conforme o tipo de sucção nutritiva e não nutritiva realizada pelos bebês PT-UTIN durante os dois anos de acompanhamento (n=33).

Tipo de sucção nutritiva e não nutritiva	06 m		12m		18m		24 m	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aleitamento materno	21	(63,6)	13	(39,4)	11	(33,3)	8	(24,2)
Uso de mamadeira	29	(87,9)	28	(84,8)	28	(84,8)	23	(69,7)
Sucção de chupeta	17	(51,5)	15	(45,4)	17	(51,5)	15	(45,4)
Sucção digital	6	(18,2)	3	(9,1)	2	(6,0)	1	(3,0)
Sucção de língua	13	(39,4)	4	(12,1)	3	(9,1)	1	(3,0)
Sucção de lábio	5	(15,1)	3	(9,1)	0	(0,0)	0	(0,0)
Colocar dedos/mão na boca	33	(100,0)	29	(87,9)	19	(57,6)	16	(48,5)
Colocar objetos/tecido na boca	27	(81,8)	29	(87,9)	16	(48,5)	9	(27,3)
Sucção de bico de mamadeira	3	(9,1)	3	(9,1)	3	(9,1)	1	(3,0)

Tabela 8 – Idades inicial e final de uso de chupeta em bebês PT-UTIN

USO DE CHUPETA	n	%
Idade Inicial:		
1 mês	3	(9,1)
2 meses	2	(6,0)
3 meses	5	(15,1)
4 meses	7	(21,2)
> 6 a 12 meses	1	(3,0)
> 12 a 18 meses	2	(6,0)
Não usou chupeta	13	(39,4)
Idade Final:		
> 6 a 12 meses	3	(9,1)
> 12 a 18 meses	0	(0,0)
> 18 a 24 meses	2	(6,0)
> 24 meses	15	(45,5)
Não usou chupeta	13	(39,4)

PROCESSOS PROXIMAIS DESENVOLVIDOS AO LONGO DOS DOIS ANOS DE
ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL PARA LIDAR COM A SN E SNN

A necessidade de sucção foi questionada nas entrevistas, tanto se a mãe percebeu alteração em intensidade e frequência, quanto às situações em que o bebê recorria à sucção, englobando SN e SNN. Quanto à modificação em intensidade, todas as mães observaram um aumento por volta dos seis meses de idade. Nas faixas intermediárias de 12 e 18 meses, as respostas ficaram divididas entre aumento, redução e mesma intensidade, enquanto que aos 24 meses houve redução da intensidade e frequência de sucção (n=23, 69,7%), independente do

tipo (chupeta, dedo, língua, objetos, mamadeira ou SNN no peito); porém, houve apenas um relato de que a necessidade de sucção não existia mais.

As situações nas quais os bebês recorriam à sucção foram relacionadas à fome e ao sono aos seis meses de idade, tanto entre os que usavam chupeta (Grupo A) quanto naqueles que não usavam (Grupo B). No Grupo B, dez bebês eram amamentados para adormecer aos seis meses de idade, dois sugavam dedo e uma sugava a língua para embalar o sono. Na entrevista realizada aos 12 e aos 18 meses, observou-se no Grupo A que a necessidade de sucção esteve relacionada principalmente ao sono, mas situações que envolviam fatos como o uso da chupeta quando a criança era contrariada, estava manhosa ou dengosa, quando chorava, quando enfrentava situações novas e diante de pessoas estranhas foram relatadas e aumentaram aos 24 meses de idade, prevalecendo a relação de uso da chupeta com o sono e quando a criança era contrariada. Situações pontuais estiveram relacionadas a casos em que o uso da chupeta oferecia, na interpretação da mãe, uma segurança a mais para o bebê, como por exemplo, para que ele ficasse no carro. Já no Grupo B mantiveram-se os relatos de necessidade de sucção associada à fome e sono, aos 12 e 18 meses. Para aquelas que mantiveram o aleitamento materno até 24 meses, foram observados relatos de situações em que a criança recorria ao peito (e não à mãe) quando era contrariada, estava manhosa ou dengosa, quando enfrentava situações novas e em caso de acidente com queda e choro da criança.

Entre as 29 mães que amamentaram 75,8% permitiam que o bebê continuasse no peito mesmo quando ele não estivesse sugando forte, padrão compatível com a SNN no peito. Especialmente entre os 13 casos (39,4% da

amostra) em que as mães mantiveram o aleitamento materno além dos 12 meses de idade do bebê, 10 (76,9%) estavam no Grupo B, e três no Grupo A, sendo que duas já tinham interrompido o uso da chupeta. Quanto ao aleitamento noturno, considerado a partir das respostas na entrevista de 12 meses, durante algum período ao longo dos dois anos de acompanhamento, 16 bebês (48,5%) eram amamentados no peito para adormecer e quando acordavam de madrugada; 23 bebês (69,7%) adormeciam tomando mamadeira; e 14 (42,4%) tomavam mamadeira de madrugada (considerando o período entre meia noite e cinco horas da manhã). Na entrevista de 24 meses, 18 bebês (54,5%) ainda mantinham esse hábito de aleitamento noturno (peito ou mamadeira).

Quem conseguiu acostumar o bebê com a chupeta, na maioria dos casos, foi a própria mãe (n=13, 65%, considerando os 20 casos de uso de chupeta). A motivação das mães para o início do uso da chupeta relatada na entrevista de seis meses foi para acalmar o bebê e ajudar no processo de embalar o sono; algumas relataram que o bebê chorava muito e ficava muito agitado antes do início da chupeta. Por outro lado, os motivos que levaram as mães a introduzirem a chupeta após os seis meses foram relacionados à volta ao trabalho, com a introdução da chupeta tendo sido realizada pela avó materna; à recomendação da professora da creche, porque a criança ficava querendo pegar a chupeta da boca dos colegas; e em outro caso a criança retornou ao uso de chupeta após a interrupção do aleitamento materno entre 18 e 24 meses, porque ela achou a chupeta no meio dos seus brinquedos.

A frequência de uso de chupeta foi durante o dia e à noite para a maioria (80%), somente à noite (15%) e somente dia (5%), em todas as idades. O uso

durante o dia ocorria principalmente associado ao sono, em geral as mães faziam restrição à oferta da chupeta durante o dia, mas cinco mães não controlavam o uso conforme relatado nas entrevistas até 18 meses e sete (35%) aos 24 meses. O uso à noite era principalmente para adormecer, uma vez que os próprios bebês dispensavam a chupeta, mas não havia uma preocupação das mães para retirá-la. O uso durante todo o sono diurno ou noturno aconteceu em três casos.

O ato de colocar objetos na boca foi relatado pelas mães nas entrevistas de 12 e 18 meses, com relação à função de morder, para aliviar os sintomas da erupção dos dentes ou para satisfazer a curiosidade do bebê, e não mais no sentido de sucção. Aos 24 meses foi menos frequente e associado à função de morder ou quando a criança estava sem uma atividade específica.

A associação de um tecido (fralda ou toalha) para auxiliar o bebê adormecer (n=8, 40%) foi observada entre os bebês que usavam ou usaram chupeta ao longo do estudo (n=20), sendo utilizado para abraçar ou cheirar. Entre os que não usavam chupeta, o uso deste tipo de tecido foi observado apenas em um bebê que persistiu com a sucção de língua durante todo o estudo. Todas as mães relataram que se tratava de um tecido limpo, que elas trocavam sempre e não se tratava de um mesmo “paninho”. Algumas mães amarravam uma fralda na chupeta, porque se o bebê colocasse a chupeta inteira na boca daria para puxar com a fralda ou então guardavam a chupeta enrolada em uma fralda para facilitar a higiene e a localização.

Todas as participantes também relataram, na entrevista de seis meses, a autossatisfação da necessidade de sucção do bebê por seus próprios meios,

como a sucção de dedos, lábio e língua (Tabela 7). Entretanto, a interferência da mãe e familiares foi observada intensamente para coibir a sucção digital. Na entrevista de seis meses, as mães do Grupo A relataram que retiravam o dedo do bebê da boca e colocavam a chupeta ou um mordedor. No Grupo B, um mordedor ou um tecido foram utilizados para este fim. Na entrevista de 12 meses a interferência da mãe para impedir o ato de colocar os dedos na boca foi menor porque elas observaram uma relação direta entre o período em que o bebê mais colocava os dedos na boca com a presença de dentes em fase de erupção. Aos 18 e 24 meses esse relato foi bem menos frequente e para aqueles que continuaram a colocar os dedos na boca as mães ofereciam um objeto ou brinquedo para distração ou, então, a interferência passou a ser verbal.

APOIO SOCIAL, SUA RELAÇÃO COM PROCESSOS PROXIMAIS MÃE-BEBÊ E COM USO DE CHUPETA

As interações entre mãe e bebê também envolveram a participação de outras pessoas, que na maioria dos relatos foram os parentes que atuavam no apoio à mãe para cuidar do bebê. Alguns casos envolveram também a participação dos vizinhos e poucos relataram que a convivência do bebê era somente com a família nuclear e/ou creche.

O tipo de apoio social recebido pelas mães e o número de pessoas envolvidas foram avaliados neste estudo. Nas entrevistas de 6 (seis) e 12 meses, o apoio formal, representado por funcionária contratada para cuidar da casa foi

relatado por 75,7% das participantes e pessoa remunerada para cuidar do bebê em 27,3%. Quanto ao apoio informal aos seis e 12 meses, representado pela família nuclear (incluindo pai e irmãos maiores de oito anos quando referidos pela mãe que estes a ajudavam), parentes ou vizinhos, constatou-se que para o Grupo A o número de pessoas com as quais as mães poderiam contar para ajudar nos cuidados com o bebê foi uma ou duas pessoas, enquanto que para o Grupo B esse número ficou entre três e sete pessoas; apenas duas participantes em cada grupo relataram que não tinham apoio (Tabela 9).

O apoio do pai do bebê, considerando os 29 pais que residiam na mesma casa, foi percebido pelas mães seguindo dois eixos temáticos: o pai ajudava e se envolvia nos cuidados (37,9%) e o pai ajudava a distrair o bebê (62,1%). Quanto ao uso da chupeta, dois pais incentivavam e quatro discordavam do seu uso pelo bebê.

Tabela 9 – Distribuição das participantes de acordo com o número em potencial de pessoas para ajudar a cuidar do bebê no primeiro ano de vida.

Número de pessoas para apoio	CHUPETA - 12 MESES				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Nenhuma	2	11,1	2	13,3	
1 ou 2 pessoas	14	77,8	3	20,0	0,001**
3 a 7 pessoas	2	11,1	10	66,7	
Total	18	100,0	15	100,0	-

**Razão da Máxima Verossimilhança

Na entrevista de 12 meses, apenas uma criança frequentava creche. Aos 18 meses 24,2% estava na creche e aos 24 meses, 42,4%. Na creche as crianças do Grupo B, que não usavam chupeta, receberam influência por conviverem com crianças que usavam, inclusive uma das crianças passou a ter uma chupeta na creche, para colocar quando ele tentava pegar a chupeta das outras crianças, mas não foi definido como usuário de chupeta. Uma situação pontual semelhante a esta também foi descrita por outra participante, em que o bebê acompanhou a visita da mãe quando nasceu o filho da vizinha, que até então tinha sido a babá dele; diante do uso de chupeta pelo recém-nascido, a mãe relatou que “ele ficou com a chupeta e até dormiu à tarde com ela, mas foi somente neste dia”.

A convivência com a equipe multiprofissional da UTIN resultou em uma orientação para não dar a chupeta ao bebê, devido à interferência no aleitamento materno e alterações que poderiam acontecer na arcada dentária e na articulação das palavras. A maioria das mães (75,8%) se recordava dessa orientação.

A participação das pessoas do apoio social com relação ao uso da chupeta foi avaliada pela possibilidade de sua influência na decisão das mães. Quem incentivava o uso da chupeta, considerando os 20 casos, era a própria mãe (30%), avós, bisavós e tios (60 %), especialmente quando a mãe estava inserida no mercado de trabalho e dependia deles para ficar com o bebê, e em menor proporção o próprio pai (10%). Em geral, os familiares incentivavam o uso da chupeta e poucos discordavam do seu uso (n=7, 35%).

DISCUSSÃO

O acompanhamento longitudinal pelo período de dois anos demandou o emprego de estratégias para conservação da amostra, como a coleta do número de telefone dos parentes próximos, a disponibilização do número de telefone da própria pesquisadora, horários de atendimento mais flexíveis, ligação telefônica para lembrar o horário da consulta, garantia do reagendamento, pagamento da passagem de ônibus e principalmente a motivação quanto ao atendimento odontológico preventivo como benefício direto para a criança.

A diversidade quanto à escolaridade das participantes apresentou aspectos positivos para a análise qualitativa das questões, podendo-se avaliar ao final do estudo que mais duas participantes ingressaram no ensino superior, e seis realizaram cursos complementares. Três participantes tiveram mais um filho no decorrer do estudo, a maioria delas apresentava bom estado de saúde geral, manteve a união estável com o pai do bebê e 39,4% mantiveram-se inseridas no mercado de trabalho ao longo do estudo (Tabela 1).

A distribuição da amostra quanto ao sexo do bebê foi quase uniforme (51,5% de meninas), a maioria deles tinha idade gestacional ≥ 34 semanas e < 37 semanas, com peso ao nascimento inferior a 2.500 gramas, ficou internado em UTIN por mais de sete dias e usou sonda orogástrica, 54,5% eram egressos de UTIN particular e 45,5% de UTIN pública (Tabela 2). Aos seis meses de idade, 63,6% das mães estavam amamentando seus filhos, apesar da própria condição do nascimento pré-termo, internação em UTIN e uso de sonda orogástrica, que teriam a possibilidade de ter ocasionado como consequência o atraso na função

de sucção e interferência na recuperação do aleitamento materno (COLLINS et al., 2004). Ao final do estudo, 51,5% dos bebês apresentavam bom estado de saúde geral, 30,3% necessitaram de fisioterapia ou estimulação orientada, mas 84,8% das participantes relataram que seus filhos estavam com peso, altura e desenvolvimentos compatíveis com a idade cronológica, de acordo com as informações recebidas em consultas de acompanhamento pediátrico (Tabela 2), relatando com alegria sobre os progressos do bebê.

O planejamento do estudo com base na TBDH propiciou a análise dos processos proximais desenvolvidos ao longo dos dois primeiros anos de vida. As características de temperamento tanto das mães quanto dos bebês foram analisadas a partir da forma como as participantes as perceberam ao longo do tempo. O seu próprio temperamento sofreu alterações em 48,5% dos casos, em que as mães relataram que após o nascimento do filho se tornaram mais calmas, ou que se tornaram mais nervosas, agitadas ou irritadas ou que eram calmas e se tornaram agitadas ou vice-versa, ou até que era calma, ficou agitada e depois ficou calma novamente, a partir do momento que aprendeu a lidar com o bebê. O temperamento mais calmo da mãe ao final do estudo foi mais frequente no grupo em que os bebês usaram ou usavam a chupeta (Tabela 3). Na análise de Bronfenbrenner (1973) é o bebê quem dá o impulso ao processo de desenvolvimento em termos de energia e sentido e dessa forma também influencia a conduta do adulto, como foi evidenciado nos resultados do presente estudo em que as mães indicaram que houve alteração do seu próprio temperamento após o nascimento do bebê. O próprio contexto em que as mães se encontravam demonstrava uma situação de transição ecológica, tanto porque

a maioria delas era primípara e estava desenvolvendo seu novo papel de mãe, quanto devido à transição representada pelo retorno para casa após a internação do bebê (BRONFENBRENNER, 1996).

As características de temperamento do bebê conforme a percepção de suas mães foram definidas com base em atributos próprios ao período de desenvolvimento intenso em que ele se encontrava, de forma que aos seis meses 78,8% eram calmos, aos 12 meses, 54,6%, aos 18 meses 27,2%, e aos 24 meses esses mesmos bebês (27,2%) se mantiveram na avaliação por suas mães como calmos/tranquilos, enquanto alguns foram definidos como predominantemente calmos, mas com temperamento teimoso quando contrariados. Em contrapartida, os primeiros relatos de teimosia (21,2%) surgiram aos 12 meses, aumentaram aos 18 meses (42,5%) e reduziram aos 24 meses (24,2%), quando várias mães já relatavam que tinham aprendido a lidar com esse comportamento do bebê, o que também foi demonstrado no estudo de Feldman, Dollberg e Nadam (2011) em que a presença de elementos positivos que promoviam a autorregulação das emoções na abordagem materna foi relacionada com a maior capacidade da criança, na faixa etária de dois a três anos, para conter o comportamento agressivo. Esse resultado leva a pressupor que o estabelecimento de processos proximais progressivamente mais complexos e o apego emocional mútuo com a mãe e pessoas comprometidas com o desenvolvimento e bem-estar do bebê levam à internalização por ele dos sentimentos de afeto, das atividades realizadas pelos pais e atitudes educacionais (BRONFENBRENNER, 2001).

Na Tabela 4 podem-se avaliar as características de temperamento descritas pelas mães, sendo que o tipo calmo/fácil de cuidar/independente foi

predominante entre as crianças que usaram ou ainda usavam chupeta (Grupo A) e o tipo agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo foi significativamente mais frequente no Grupo B. Esse resultado vai ao encontro dos resultados de outros estudos em que as mães introduziram a chupeta com o objetivo de acalmar o bebê (SERTÓRIO; SILVA, 2005; MAUCH et al., 2012).

Entretanto, considerando os dados sobre a tentativa de oferta da chupeta (Tabela 5), pode ser analisado que os bebês definidos pelas suas mães com temperamento calmo/fácil de cuidar/independente aos 24 meses apresentaram maior porcentagem de ter havido oferta única da chupeta (n=10, 66,7%), sendo que o hábito foi instalado para a maioria desses bebês (n=8), comparando àqueles com características de temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo. Por outro lado, a maior porcentagem de mães que relataram várias tentativas de oferta de chupeta ocorreu entre bebês com temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo (n=14, 82,4%), sendo que seis bebês aceitaram a chupeta.

A disponibilização de um quarto individual para o bebê foi rara e o contexto mais comum relacionado aos hábitos de sono foi a presença do berço no quarto dos pais (84,8%) e o compartilhamento da mesma cama entre a mãe e o bebê (51,5%), durante toda a noite ou parte dela, e a manutenção do uso de mamadeira para adormecer (69,7%) ou de madrugada (42,4%). Esses aspectos foram analisados por Geib (2007) como interferência na biologia do sono por influência cultural, atuando como guia para a decisão dos pais quanto ao compartilhamento da cama, oferta de alimentos na hora de dormir, como no caso

da mamadeira noturna, e oferta de chupeta. O compartilhamento da cama não foi associado com uso de chupeta ($p=0,099$), pelo Teste Exato de Fisher (Tabela 6).

Na TBDH o contexto não é somente relativo às condições físicas do ambiente, mas também como ele é percebido pela pessoa em desenvolvimento, como ela o vivencia e à forma subjetiva dessa experiência, podendo coexistir polaridades positivas e negativas, em diferentes graus, relacionadas à experiência (BRONFENBRENNER, 2001). Essa questão referenciada por Bronfenbrenner (2001) pode ser analisada na interpretação da ambivalência demonstrada por algumas mães quando se referiam ao uso de chupeta pelo filho, que a despeito da sua própria avaliação de que não era um hábito inócuo, elas se referiam ao uso da chupeta sob o aspecto do auxílio proporcionado para acalmar o bebê. Além disso, a chupeta tem proporcionado uma concepção de que é uma forma de acalmar o bebê de mais fácil remoção se comparada com a sucção digital, uma vez que a interferência da mãe e familiares foi intensa para coibir a sucção digital, retirando o dedo da boca do bebê, oferecendo um mordedor ou chupeta. Outro ponto relevante pode ser evidenciado nos referenciais culturais discutidos por Selmer-Olsen (2007) e Heimerdinger (2011), que leva a pressupor que a própria cultura busca soluções para o momento da retirada da chupeta.

Por outro lado, a necessidade de sucção demonstrou ser própria do desenvolvimento do bebê, considerado ao longo dos dois anos de vida, com aumento de intensidade por volta dos seis meses, mantendo-se nas idades de 12 e 18 meses, começando a declinar a partir de 18 meses, mas ainda presente aos 24 meses, mesmo que com redução de intensidade em 69,7% dos casos. Os bebês que não usavam chupeta aos 24 meses eram amamentados para

adormecer ou tomavam mamadeira, um deles sugava dedo e outro sugava a língua para embalar o sono, evidenciando o estabelecimento de processos proximais autopraticados pelos bebês a partir da sua atenção e interação voltadas para a autossatisfação da necessidade de sucção por seus próprios meios para lidar com a SNN, como a sucção de dedos, lábio e língua (Tabela 7).

A relação que mãe e bebê estabeleciam durante a SN extrapolava a necessidade da oferta de leite unicamente como fonte de nutrição, evidenciando a face da SNN realizada principalmente durante o aleitamento materno. Entre as mães que amamentaram 75,8% permitiam a SNN no peito, o que foi um fator de proteção relacionado à menor necessidade de SNN complementar, como reafirmam Albuquerque et al. (2010). Especialmente entre os 13 casos em que as mães mantiveram o aleitamento materno além dos 12 meses de idade do bebê, 10 (76,9%) estavam no Grupo B, e três no Grupo A, sendo que duas já tinham interrompido o uso da chupeta, corroborando os achados dos autores sobre o uso de chupeta como consequência do menor tempo de aleitamento materno, uma vez que este também representa fonte de satisfação das necessidades de SNN do bebê, além dos aspectos nutricionais (OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETTA, 2006; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008; ALBUQUERQUE et al., 2010).

Entre os que usavam chupeta, a motivação da oferta foi para acalmar o bebê e ajudá-lo a adormecer, resultados também apontados com maior frequência por Mauch et al. (2012). A partir de 12 meses a necessidade de sucção esteve relacionada principalmente ao sono, porém relatos de que o bebê procurava a chupeta quando era contrariado passaram a ser frequentes e aumentaram entre 18 e 24 meses, o que pode ser interpretado como forma de

induzir ao uso frequente e irrestrito, que tem sido associado a alterações miofuncionais e na arcada dentária (DADALTO, 1989; PAUNIO; RAUTAVA; SILLANPÄÄ, 1993; VERRASTRO et al., 2006; OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETTA, 2006; PERES et al., 2007; MENDES; VALENÇA; LIMA, 2008).

Processos proximais estabelecidos pelos bebês com outros objetos, exceto chupeta, foram relatados pelas participantes nas entrevistas aos seis e doze meses, que se referiram ao ato de colocar objetos na boca relacionados com a função de sucção, tanto no Grupo A quanto no Grupo B. Na entrevista de 12 e principalmente nas entrevistas de 18 e 24 meses esse ato foi relacionado à função de morder, para aliviar os sintomas da erupção dos dentes. Algumas participantes relataram sobre a oferta da chupeta também para ajudar o bebê nessa fase, assim como uma pequena porcentagem encontrada por Mauch et al. (2012).

O apoio social recebido pelas mães e o envolvimento de outras pessoas como influência indireta capaz de afetar a efetividade dos processos proximais atuantes entre mãe e bebê também foram considerados no planejamento deste estudo. Observou-se a presença de apoio formal de uma pessoa contratada para cuidar da casa aos seis e 12 meses, tanto no Grupo A quanto no Grupo B. Quanto ao apoio informal de familiares ou vizinhos no primeiro ano de vida, no Grupo A o número de pessoas que a mãe podia contar para ajudá-la foi uma ou duas pessoas em 77,8% dos casos, enquanto que para o Grupo B esse número foi de 3 a 7 pessoas em 66,7% ($p=0,001$) conforme Tabela 9, resultado inferior ao apoio de 83% relatado por Falceto (2002) em estudo sobre desmame precoce, cujas respostas incluíam duas ou mais pessoas. A rede social pode funcionar

tanto sob o aspecto positivo, em que um número maior de parentes com quem a mãe podia contar e ter alto apoio social implicou em maiores chances de desfecho positivo, como o AME (MORGADO, WERNECK E HASSELMANN, 2013), quanto sob o aspecto de influências tanto positivas quanto negativas, como analisado na pesquisa de Marques et al. (2010) em que a rede social funcionou como uma rede de apoio mas também como uma rede geradora de possíveis conflitos, considerando a amamentação.

O sistema de crenças das pessoas presentes no *microssistema* ou no *exossistema* da criança pode estimular a interação recíproca entre mãe e filho. Sua atuação direta para ajudar a distrair o bebê traz também como efeito o descanso físico da mãe, que passa a se sentir apta para o envolvimento em processos proximais duradouros com seu filho, conforme postulado por Bronfenbrenner (1979/1996; 1994). O estabelecimento e a manutenção de padrões de interação cada vez mais complexos dependem, em algum grau, da disponibilidade e envolvimento de uma terceira pessoa (Bronfenbrenner, 2001). Dessa forma, a presença do pai, dos avós ou vizinhos pode influenciar a relação mãe-criança modificando sua qualidade, intensidade, duração e complexidade (ROSA; TUDGE, no prelo).

Por outro lado, considerando o aspecto cultural que envolve a oferta da chupeta, os familiares do presente estudo, em geral, incentivavam o seu uso e poucos discordavam; quando a mãe estava inserida no mercado de trabalho e dependia de sua mãe ou outros familiares para cuidar do bebê, essas pessoas do apoio social eram as que mais incentivavam o uso da chupeta, reforçando a análise da influência cultural associada à oferta desse objeto, envolvendo

primariamente a decisão de um indivíduo adulto, ou a influência de um adulto na decisão das mães, como também foi demonstrado por Mauch et al. (2012) em cujo trabalho a oferta da chupeta ocorreu em 30,6% por decisão das mães e em 28,8% por sugestão das avós. No caso específico da creche, os bebês que não usavam chupeta no presente estudo receberam influência pela convivência com bebês que estavam usando, inclusive esse foi o motivo para o início desse hábito em um dos bebês.

A maioria das mães (75,8%) se recordava sobre a orientação recebida dos profissionais da UTIN para evitar a oferta da chupeta com vistas a favorecer o estabelecimento do aleitamento materno, conforme também preconizado na literatura (SOARES et al., 2003; HOWARD et al., 2003; MAUCH et al. 2012). A qualidade da relação com os profissionais de saúde e seu apoio percebido pelas lactantes tem sido imprescindível para o estabelecimento do aleitamento materno (MÜLLER; SILVA, 2009) e atendimento humanizado em UTIN (ROSEIRO; PAULA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento longitudinal das interações mãe-bebê para lidar com a sucção nutritiva e não nutritiva em bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN foi realizado a partir do planejamento com base na TBDH, que propiciou a

avaliação de algumas características das mães e dos bebês e a atuação da rede de apoio, como influência em potencial para o estabelecimento dos processos proximais.

As características de temperamento das mães foram categorizadas em dois grupos principais: calma/tranquila e nervosa/agitada/irritada. A partir da interação com o filho, 48,5% das participantes perceberam alterações nas suas próprias características de temperamento ao longo do tempo, oscilando entre essas duas categorias principais. O temperamento calmo/tranquilo da mãe ao final do estudo foi mais frequente nos casos em que seus bebês usavam chupeta.

A percepção das mães acerca das características de temperamento dos bebês reafirmou os atributos próprios ao período intenso de desenvolvimento que estes se encontravam. Aos seis meses de idade 78,8% dos bebês foram avaliados por suas mães como calmos, enquanto que aos 12, 18 e 24 meses esse percentual foi reduzindo. Os primeiros relatos de teimosia surgiram aos 12 meses (21,2%), aumentaram aos 18 meses (42,5%) e mostraram tendência à redução aos 24 meses (24,2%), quando a atuação de processos proximais cada vez mais complexos agiu favoravelmente para que a mãe conseguisse controlar esse comportamento do bebê. Entre os bebês que usaram chupeta predominou o temperamento calmo/fácil de cuidar/independente e entre aqueles que não usaram chupeta predominaram as características de temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo. Entretanto, considerando a tentativa de oferta da chupeta, os resultados evidenciaram que os bebês com características descritas pelas mães do tipo calmo/fácil de cuidar/independente aceitaram mais

facilmente a chupeta do que os bebês com características de temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo.

A avaliação do contexto relacionado ao sono demonstrou que na maioria dos casos o berço ficava no quarto dos pais (84,8%) e o compartilhamento da mesma cama entre a mãe e o bebê era comum, durante toda a noite ou parte dela (51,5%), mesmo o bebê tendo seu próprio berço. Em 69,7% dos casos (n=33) na idade de 24 meses as mães relataram que havia a necessidade de uso da mamadeira para adormecer e em 42,4% seu uso era repetido durante a madrugada. O uso de chupeta foi frequente aos seis meses (51,5%), e se manteve até os 24 meses por 39,4% dos bebês, principalmente associado ao sono diurno e/ou noturno.

A maioria das mães (75,8%) se recordava sobre a orientação dos profissionais da UTIN para evitar a oferta da chupeta com vistas a evitar o desmame precoce e demonstraram sinais de ambivalência quando se referiam ao auxílio proporcionado pela chupeta para acalmar o bebê, mesmo cientes de que não se tratava de um hábito inócuo. Muitas mães relataram a preocupação em restringir os horários de uso da chupeta pelo bebê, mas 35% não controlavam o uso.

Entre as mães que amamentaram (n=29) 75,8% permitiam a sucção não nutritiva no peito, o que foi um fator de proteção relacionado à menor necessidade de SNN complementar, principalmente entre aquelas que mantiveram o aleitamento materno além dos 12 meses de idade; nesse grupo estava o maior número de bebês que não usou chupeta, indicando que seu uso possa ser uma

consequência da ausência ou do menor tempo de aleitamento materno. A necessidade de sucção demonstrou ser de natureza intrínseca ao desenvolvimento do bebê ao longo dos primeiros dois anos de vida, sendo evidenciado que na ausência do aleitamento materno (parcial ou total) o bebê estabeleceu processos proximais autopraticados para satisfação de sua necessidade de sucção, especialmente nos relatos aos seis e doze meses, como a sucção de lábio, língua e dedos, que podem se transformar em hábito pela recorrência do ato, e processos proximais estabelecidos com objetos em geral, também relacionados ao alívio dos sintomas da erupção dentária, como mordedores, brinquedos, tecido e chupeta, quando disponível. Aos 24 meses houve redução nos relatos de necessidade de sucção quanto à intensidade e frequência, mas ainda estava presente. A interferência das mães e familiares foi intensa para impedir que o ato de colocar os dedos na boca se transformasse em hábito de sucção digital.

O apoio social informal de familiares e vizinhos recebido pelas mães no primeiro ano de vida do bebê demonstrou ter influência indireta capaz de afetar a efetividade dos processos proximais da mãe com o bebê. No grupo de participantes em que os bebês usavam chupeta, o número de pessoas em potencial para ajudar à mãe foi uma ou duas pessoas, enquanto que no grupo em que os bebês não usavam chupeta esse número era bem maior, entre três a sete pessoas, com diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, mesmo sendo em número menor de pessoas, esses familiares exerceram influência incentivando o uso de chupeta e poucos discordavam, especialmente quando a mãe estava inserida no mercado de trabalho e dependia de um familiar para

cuidar do bebê, reforçando a análise da influência cultural associada à oferta da chupeta. O apoio do pai do bebê foi percebido pela maioria como uma ajuda para distrair o bebê, sem um envolvimento direto nos cuidados; quanto à chupeta, poucos relatos indicaram que o pai incentivava ou discordava do seu uso.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. S. L. et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 371-378, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223p.

BENEVENUTO DE OLIVEIRA, M. M. et al. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 23, n. 3, p. 269-74, 2007.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 5-197.

_____. Ecological models of human development. In: POSTLETHWAITE, T. N. **International Encyclopedia of Education**. 2. ed. Vol. 3. Oxford: Pergamon Press/Elsevier Science, 1994. p. 1643-1647.

_____. The bioecological theory of human development. In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. **International Encyclopaedia of the Social and Behavioural Sciences**. Oxford: Elsevier, 2001. p. 6963-6970.

_____. The social ecology of human development. In: RICHARDSON, F. (Ed.). **Brain and intelligence: the ecology of child development**. Hyattsville, MD: National Educational Press, 1973. p. 113-129.

_____. Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. **Child Development**, Chicago, v. 45, n. 1, p. 1-5, 1974.

_____. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, Washington, v. 32, n. 7, p. 513-531, 1977.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. **Handbook of child psychology**:

Theoretical models of human development. New York: John Wiley & Sons, 2006. p. 793-828.

BRONFENBRENNER, U. Developmental ecology through space and time: A future perspective. In: MOEN, P.; ELDER JR. G H.; LUSCHER, K. **Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development.** Washington, DC: American Psychological Association, 1995. p. 619-647.

CAMARGO, M. C. F. de. Programa preventivo e interceptativo de maloclusões na primeira infância. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 171-172.

COLLINS, C. T. et al. Effects of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 329, n. 7459, p.193-8, 2004.

DADALTO, E. C. V. **Hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta – Estudo seccional.** 1989. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989.

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística - Básica e Clínica.** 3. ed. Porto Alegre: Mcgraw-hill Interamericana, 2003. p. 117-140.

FALCETO, O. G. **A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno.** 2002. Tese (Doutorado em Clínica Médica). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FELDMAN, R.; DOLLBERG, D; NADAM, R. The expression and regulation of anger in toddlers: Relations to maternal behavior and mental representations. **Infant Behavior & Development**, Noorwood, v. 34, n. 2, p. 310–320, 2011.

FERRINI, F. R.; MARBA, S. T.; GAVIÃO, M. B. Oral conditions in very low and extremely low birth weight children. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 75, n. 3, p. 235-242, 2008.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 606-639.

GEIB, L. T. C. Moduladores dos hábitos de sono na infância. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 564-568, 2007.

HEIMERDINGER, T. Pacifiers and fairies: family culture as risk management - a german example. **Journal of Folklore Research**, Baltimore, v. 48, n. 2, p. 197-211, 2011.

HOWARD, C. R. et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 3, p. 511-518, 2003.

MARQUES, E. S. et al. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 261-281, 2010.

MARTINS, B. S. et al. Métodos usados para remoção dos hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta em crianças do município de Mutum-MG. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n. 4, p. 19-25, 2010.

MAUCH, C. E. et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study. **BMC Pediatrics**, London, v. 12, n. 7, p. 1-10, 2012.

MENDES, A. C. R.; VALENÇA, A. M. G.; LIMA, C. M. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 11, n. 1, p. 67-75, 2008.

MITCHELL, E. A.; BLAIR, P. S.; L'HOIR, M. P. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 5, p. 1755-8, 2006.

MORGADO, C. M. C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2013.

MÜLLER, F.S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutriz sobre o apoio à amamentação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 651-657, 2009.

OLIVEIRA, A. B.; SOUZA, F. P.; CHIAPPETTA, A. L. M. L. Relação entre hábitos de sucção não-nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusão em crianças com dentição decídua. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 8, n.3, p. 352-359, 2006.

PAUNIO, P.; RAUTAVA, P.; SILLANPÄÄ, M. The finnish family competence study: The effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old finnish children and the association between these habits and dental occlusion. **Acta Odontologica Scandinavica**, Oslo, v. 51, n. 1, p. 23-29, 1993.

PERES, K. G. et al. Social and biological early influences on the prevalence of open bite in Brazilian 6-year-olds. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 17, n. 1, p. 41-49, 2007.

POORE, M. et al. Patterned orocutaneous therapy improves sucking and oral feeding in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 97, n. 7, p. 920-927, 2008.

ROSA, E. M.; TUDGE, J. R. H. (no prelo). Teoria bioecológica do desenvolvimento humano: questões metodológicas para a pesquisa com crianças e adolescentes.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P de. Humanização em UTI neonatal: conjugando os aspectos tecnológicos e relacionais na assistência integral ao bebê e sua família. In: GARCIA, A.; MACEDO.; T. A. NUNES, M. D. C. (Orgs). **Relações Interpessoais e Saúde**. 1. ed. Vitória: UFES, 2013. p. 107.

SELMER-OLSEN, I. The pacifier: a story about comfort, rituals and aesthetification of childhood. **Childhood**, Copenhagen, v. 14, n. 4, p. 521-35, 2007.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JR, J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 79-86, 1997.

SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

SOARES, M. E. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

VERRASTRO, A. P. et al. Occlusal and orofacial myofunctional evaluation in children with primary dentition, anterior open bite and pacifier sucking habit. **International Journal of Orofacial Myology**, Seattle, v. 32, p. 7-21, 2006.

YILDIZ, A.; ARIKAN, D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 5-6, p. 644-656, 2011.

YILMAZ, F.; ARIKAN, D. The effects of various interventions to newborns on pain and duration of crying. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 20, n. 7-8, p.1008-1017, 2011.

5.5 ESTUDO 5 - INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E USO DE CHUPETA:
ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E USO DE CHUPETA: ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

RESUMO

Introdução: As interações iniciais mãe-filho ficam limitadas a partir da internação do recém-nascido pré-termo (RNPT) em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), podendo influenciar no aleitamento materno exclusivo (AME) e aquisição de hábitos de sucção não nutritiva (SNN). **Objetivo:** Investigar a avaliação de mães de RNPT egressos de UTIN quanto à qualidade dos processos proximais e uso de chupeta nos primeiros dois anos. **Método:** A estratégia de planejamento teve como base a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Foram selecionadas 12 mães de RNPT egressos de UTIN [Grupo-A bebês usaram chupeta (n=6) e Grupo-B não usaram (n=6)]. **Resultados:** A contribuição da chupeta como auxiliar nos PP foi percebida como indiferente para mães que controlavam seu uso, sendo mais evidente durante o sono. O uso irrestrito facilitava a resolução do choro, liberando a mãe para outras tarefas, atuando como limitador dos PP; o fato do bebê pedir a chupeta ou buscá-la constituiu-se reforçador para persistência e intensificação do uso como hábito deletério. A análise da evolução e complexidade dos PP demonstrou não haver interferência pelo uso da chupeta, tendo sido mais efetivos quando as mães tinham maior escolaridade. **Conclusão:** Aspectos do macrossistema influenciaram na oferta da chupeta, mas prematuridade e internação em UTIN podem ter contribuído na aceitação da chupeta pelo bebê devido às dificuldades enfrentadas para estabelecer AME. Disponibilizar equipes profissionais para apoio domiciliar poderá auxiliar a lidar com a SNN visando restrição de mamadeira e chupeta, promovendo AME como pilar para estabelecer PP efetivos.

Palavras-chave: Nascimento prematuro. Terapia intensiva neonatal. Relações mãe-filho. Desenvolvimento humano. Chupetas.

MOTHER-INFANT INTERACTION AND THE USE OF PACIFIER: LONGITUDINAL FOLLOW-UP OF PRETERM NEWBORNS

ABSTRACT

Introduction: Initial mother-infant interactions are limited by preterm newborn (PTNB) hospitalization at neonatal intensive care unit (NICU), which can influence exclusive breastfeeding (EBF) and acquisition of non-nutritive sucking (NNS) habits. **Purpose:** Investigate the evaluation of mothers of PTNB discharged from NICU, concerning quality of proximal processes and use of pacifier during the first two years. **Method:** Planning strategy was based on Bioecological Theory of Human Development. Twelve (12) mothers of PTNB discharged from NICU were chosen [Group-A infants used pacifier (n=6) and Group-B did not (n=6)]. **Results:** The contribution of pacifier as an assistant in PP showed to make no difference to mothers who controlled its use, which was most evident during sleep. Unrestricted use of pacifier helped solve crying, liberating the mother to other tasks, working as a limiter of PP; the fact of infants asking for a pacifier or looking for it reinforced persistence and intensification of its use as a harmful habit. The analysis of evolution and complexity of PP showed that there is no interference by the use of pacifier, which has been more effective when mothers had higher educational background. **Conclusion:** aspects of the macrosystem influenced offering of the pacifier, but prematurity and NICU hospitalization may have contributed in infants' acceptance of the pacifier due to difficulties found to establish EBF. Available professional teams for household support can help deal with NNS in order to restrict bottle and pacifier, and promote EBF as a pillar for effective PP.

Key words: Premature birth. Neonatal intensive care. Mother-child relations. Human development. Pacifiers.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico tem possibilitado a sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT), entretanto quando há necessidade de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) as interações iniciais entre mãe e filho ficam limitadas. Com o início da alimentação por meio de sonda orogástrica, emergem questões acerca do atraso na maturidade da função de sucção, que poderá influenciar na recuperação do aleitamento materno e na aquisição de hábitos de sucção não nutritiva.

Os estudos sobre interação mãe-bebê nos primeiros meses de vida, em contexto não relacionado à prematuridade, indicaram que quanto mais as mães consideravam seu bebê competente, mais frequentemente elas realizavam atividades comunicativas como falar e sorrir (SEIDL-DE-MOURA et al., 2004); a mãe respondia ao aumento do repertório comportamental dos bebês, tornando as trocas mais complexas, de forma que nestas interações o bebê aprendia sobre os outros e sobre si mesmo (SEIDL-DE-MOURA et al., 2008); por outro lado, a falta de preparação à maternidade foi relacionada a respostas incoerentes aos sinais emitidos pelo bebê (BIGRAS; PAQUETTE, 2007).

A experiência traumática da mãe em relação ao nascimento pré-termo e a internação do filho em UTIN é capaz de gerar impacto em suas atitudes, comportamento (WAKELY; RAE; COOPER, 2010) e interação mãe-bebê (MONTIRROSSO et al., 2010). A influência nos comportamentos interativos mãe-bebê foi demonstrada nos primeiros meses, com menor sensibilidade materna

para perceber, interpretar e responder às necessidades do filho, em comparação com bebês nascidos a termo (ALFAYA; SCHERMANN, 2005).

O desenvolvimento nos primeiros anos da infância é moldado pelas condições biológicas e ambientais iniciais, corroborando a indicação de intervenção preventiva de suporte para o relacionamento mãe-bebê (FELDMAN; EIDELMAN, 2006; FELDMAN; EIDELMAN, 2009; ZELKOWITZ et al., 2009). A separação física por internamento é uma das dificuldades fundamentais no estabelecimento de interações eficazes com o filho, conforme as mães tinham imaginado. Entre as estratégias para facilitar e promover a qualidade dessas interações está o livre acesso ao RNPT internado (CAMARNEIRO et al., 2009) e a promoção do aleitamento materno. Como foi demonstrado por Alfaya e Schermann (2005), mães que amamentavam seus bebês exclusivamente com leite materno apresentaram sensibilidade mais satisfatória aos sinais emitidos pelo bebê do que aquelas que não amamentavam.

Para que ocorra a alta hospitalar, é necessário que o RNPT, além de obter condições sistêmicas, recupere também a atividade de sucção para que a alimentação oral seja segura. O uso de mamadeira e chupeta no período neonatal pode ser prejudicial ao estabelecimento do aleitamento materno, por interferir no reflexo de sucção, sendo indicado o uso do copo para a oferta de alimentação complementar ao RNPT (NYQVIST; EWALD, 2006). Apesar das recomendações para evitar a introdução da chupeta para o RNPT, estudos prévios demonstraram sua maior frequência entre crianças nascidas pré-termo (BENEVENUTO DE OLIVEIRA et al., 2007; FERRINI; MARBA; GAVIÃO, 2008).

A etiologia da sucção de chupeta tem sido associada à diversidade cultural (JAHANBIN; MOKHBER; JABBARIMANI, 2010), que por sua vez pode gerar influência também na biologia do sono como guia para as decisões parentais a respeito da posição e do método de dormir, oferta de alimento e compartilhamento ou não da cama (GEIB, 2007). As representações sociais sobre chupeta elaboradas por mães estão relacionadas ao auxílio proporcionado à sua capacidade de apaziguar o filho, o que as qualifica na sua identidade de mãe (SERTÓRIO; SILVA, 2005), mesmo quando foram orientadas sobre a inadequação deste objeto (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009). Quando a cultura não valoriza o uso de chupeta, outros hábitos interferem no comportamento das mães para acalmar o lactente, incluindo aleitamento materno, segurar e carregar o bebê, permitir que ele sugue o dedo, consumo de chá de ervas, massagem, entre outros (ABDULRAZZAQ; AL KENDI; NAGELKERKE, 2009).

Para analisar a complexidade dos fatores relacionados ao desenvolvimento humano, especialmente quanto à interação mãe-bebê pré-termo, ao longo dos dois primeiros anos de vida, e como o uso (ou não) da chupeta atuaria nessa relação, o delineamento do presente estudo foi baseado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) proposta por Bronfenbrenner (2001). Quatro componentes principais e as relações entre eles constituem a base da TBDH, denominados *processo – pessoa – contexto – tempo* e referidos como modelo PPCT, um esquema operacional de pesquisa que permite a investigação simultânea dos quatro construtos da teoria (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

O principal construto é o *processo*, especificamente os *processos proximais* definidos como formas de interação entre a pessoa e seu ambiente, e posicionados como o mecanismo primário produtor do desenvolvimento. Para que os processos proximais sejam efetivos, as interações devem ocorrer com regularidade, progressivamente mais complexas e em períodos prolongados de tempo (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Os processos proximais funcionam como mecanismo de estimulação do potencial genético para o desenvolvimento psicológico eficiente e assim fornecem conteúdo em potencial para interações com o ambiente externo. A hereditariedade pode ser influenciada pelas condições do ambiente na aquisição de algumas habilidades, de forma que o estabelecimento dos processos proximais se encontra em vantagem onde existem os recursos necessários ou estes são providenciados (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

As características da *pessoa* podem influenciar o desenvolvimento pela sua capacidade de afetar os processos proximais e também como um resultado do desenvolvimento, representado pelas características pessoais que emergem mais tarde, no curso da vida. São de três tipos: *força*, *recurso* e *demandas* que, respectivamente, podem ou não colocar os processos proximais em ação, influenciar a capacidade da pessoa em se engajar efetivamente e podem dissuadir ou atrair as relações do ambiente social (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

O terceiro componente do modelo PPCT refere-se ao *contexto ecológico*, representado em quatro níveis. O *microssistema* é o ambiente mais imediato,

definido como um padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais *experienciados* face-a-face. As interações recíprocas dentro do microsistema ocorrem não somente entre pessoas, mas também com objetos e símbolos, sendo mais importante como o ambiente é *percebido* pela pessoa e não conforme a realidade “objetiva”. Quando o ambiente de pesquisa contém mais de duas pessoas, o modelo analítico precisa levar em conta a influência indireta de terceiras pessoas. Seus sistemas de crenças podem estimular ou manter a interação recíproca com a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 1994; 1995).

O conjunto de microsistemas nos quais a pessoa em desenvolvimento participa diretamente e as relações entre elas são designados de *mesossistema*. As relações que ocorrem em dois ou mais ambientes em que pelo menos em um deles a pessoa em desenvolvimento não está inserida, mas nos quais ocorrem eventos que podem influenciar indiretamente o seu desenvolvimento constituem o *exossistema*. Em um nível mais amplo, os padrões globais de ideologia e a organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou parte dela são referidos como *macrossistema* (BRONFENBRENNER, 1979/1996; 1994).

A dimensão *tempo* é apresentada em três níveis sucessivos. O *microtempo* se refere à continuidade ou descontinuidade dos episódios que acontecem nos processos proximais, o *mesotempo* é relativo à periodicidade desses episódios através de períodos maiores de tempo, como dias e semanas, e o *macrotempo* tem o seu foco nas expectativas e eventos em mudança na sociedade através de

gerações, visto que eles afetam e são afetados durante o curso de vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

OBJETIVO

Investigar a avaliação de mães de bebês nascidos pré-termo egressos de UTIN quanto à qualidade dos processos proximais e o hábito de sucção de chupeta nos primeiros dois anos de vida.

MÉTODO

A amostra foi selecionada entre mães de recém-nascidos pré-termo (RNPTs), considerando a idade gestacional inferior a 37 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), que participaram do estudo longitudinal “Interação mãe-bebê e uso de chupeta”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sob o nº 249/10, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes, voluntárias, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e autorização para gravação de voz.

A primeira fase foi realizada na UTIN do hospital universitário e na UTIN Neocare – Cuidados Intensivos e Integrados em Neonatologia. O delineamento do

estudo foi no âmbito da pesquisa longitudinal com acompanhamento por meio de entrevistas com as mães durante a internação dos filhos na UTIN e aos 06, 12, 18 e 24 meses de idade cronológica. Os horários das entrevistas de acompanhamento foram agendados na Clínica de Odontopediatria da UFES, no mesmo dia das consultas odontológicas semestrais programadas para o bebê.

Além da entrevista base aplicada para todas as participantes do estudo, 23 apresentaram todos os critérios de inclusão para uma entrevista complementar, gravada, contendo 36 questões baseadas no Modelo PPCT da TBDH, considerando a seleção somente daquelas participantes cujos bebês receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo ou aleitamento materno com complementação de fórmula oferecida ao bebê com o auxílio de copo, excluindo-se os casos de alta hospitalar em uso de mamadeira. Não foram selecionadas as mães de gêmeos, as que residiam no interior do Estado e aquelas que não autorizaram gravação de voz.

Durante o estudo longitudinal, a perda de amostra foi de quatro participantes para esse grupo do estudo complementar, devido a mudança de cidade, problemas de saúde na família e nascimento de outro filho. Ao todo, 19 concluíram todas as fases do estudo complementar. Constatou-se, porém, que três bebês fizeram uso irregular de chupeta e quatro praticaram sucção digital, de forma que ao final selecionaram-se 12 participantes, como havia sido planejado inicialmente, que foram distribuídas em dois grupos distintos, a saber: Grupo A, quando seus bebês usaram chupeta ao longo dos dois anos de vida, composto por seis participantes (A11, A32, A45, A56, A60, A68), e Grupo B, quando os bebês não apresentaram o hábito de sucção de chupeta e também não tiveram o

hábito de sucção de dedo, também com seis participantes (B22, B27, B31, B64, B69, B70). Neste artigo será apresentada a análise das entrevistas contendo os relatos dessas 12 participantes.

A distribuição das participantes por classificação econômica foi realizada de acordo com critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2010). Conforme o poder aquisitivo das famílias e a escolaridade do provedor da família, a divisão por classes econômicas é realizada em ordem decrescente do maior para o menor poder de compra, sendo elas as classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E,

A estratégia de planejamento deste estudo, sua elaboração e a análise dos dados tiveram como base a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) com foco nos quatro componentes do modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT). A análise proposta para este artigo foi baseada no principal construto desta teoria representado pelos processos proximais (BRONFENBRENNER, 1994; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006; ROSA; TUDGE, 2013), considerando-se a interdependência dos elementos do modelo PPCT. A avaliação de sentido do conteúdo das respostas das mães participantes foi realizada conforme orientações de Bardin (1977), tendo como prioridade a inclusão do maior número de contrastes relevantes, independente de sua frequência.

RESULTADOS

As observações iniciais e o acompanhamento longitudinal ocorreram a partir da internação dos recém-nascidos na UTIN, até o final do segundo ano de vida dos bebês. Cada uma das cinco entrevistas com as mães tiveram duração de 60 a 80 minutos, perfazendo um total de 60 entrevistas complementares gravadas.

PROCESSOS PROXIMAIS

Durante a permanência do bebê na UTIN, as participantes relataram que procuraram estabelecer o vínculo com o filho permanecendo em contato no colo ou na posição mãe-canguru, amamentando e falando próximo a ele, ressaltando também o aprendizado que tiveram na UTIN como manusear e interagir com o bebê pré-termo. Foi muito comum o relato de tristeza na hora da separação e angústia durante o tempo em que ficavam em casa enquanto o bebê estava no hospital, mas as participantes acreditavam que não haveria consequência para a relação mãe-bebê devido ao tempo de internação ou que seria um elo maior de aproximação.

Todas as 12 mães foram orientadas no dia da alta hospitalar quanto ao aleitamento materno exclusivo (AME) ou com complementação a ser oferecida ao bebê com o auxílio de um copo, evitando o uso de mamadeira e chupeta. Os

processos proximais estabelecidos durante o período de aleitamento materno foram percebidos de forma positiva pelas mães, mesmo entre aquelas que encontraram dificuldades para estabelecer ou manter o AME (A11, A32, A60, A68, B31, B64, B70). A felicidade por estar alimentando uma vida, o sentimento de carinho e amor para com aquela pessoa que depende da mãe, a identidade da mulher como mãe e o reforço ao vínculo mãe e filho foram pontuados pelas participantes, especialmente na entrevista de seis meses; apenas uma delas se referiu ao cansaço e outra que não gostou de acordar à noite. Entre aquelas que amamentaram por mais de 12 meses o relato de cansaço foi comum, assim como a dificuldade para cessar o aleitamento materno mesmo quando a criança já estava com a fome saciada, como pode ser exemplificado no relato da participante B31: “ele só dorme no peito e você fica ali vendo tudo pra arrumar e ele só no peito...”.

A expressão de que o bebê “faz meu peito de chupeta” foi citada com frequência, referindo-se ao caráter apaziguador do aleitamento materno mesmo quando não associado à saciedade alimentar. Para as mães do Grupo A (uso de chupeta) o sentido desta frase era a desobrigação do componente da sucção não nutritiva que era suprido até então pela amamentação, uma vez que elas se referiram que a partir do uso do objeto chupeta, o bebê “parou de fazer o peito de chupeta” (A11 - 6 meses) ou que “ele achava que o peito era uma chupeta; ele só queria brincar” (A45 - 12 meses). Já para as mães do Grupo B, a expressão denotava a total falta de necessidade do objeto chupeta, uma vez que o bebê já tinha a necessidade de sucção não nutritiva suprida pela amamentação (B22, B27, B31) como pode ser exemplificado no relato de uma das mães na entrevista

de 18 meses: “Às vezes eu acho que o peito virou uma chupeta pra ele (...) mas ele faz de chupeta, só dorme no peito” (A31).

As participantes avaliaram de uma maneira em geral, que a sua interação com o bebê era muito boa, justificada com situações que demonstravam apego, atenção, carinho e dedicação, associada à alegria que demonstravam ao descrever os progressos no desenvolvimento do filho, que a cada dia apresentavam uma novidade. Os processos proximais estabelecidos entre mãe e bebê nas atividades diárias e de lazer apresentaram uma configuração semelhante para os Grupos A e B deste estudo, independente do uso de chupeta. Nas atividades de lazer não houve qualquer diferença, com a predominância de ações como passear e dançar com o bebê, nos dois grupos estudados, sem distinção por escolaridade da mãe. Nas atividades diárias, os processos proximais foram agrupados em categorias que puderam ser extraídas dos relatos e denotavam a qualidade da interação, descritas a seguir:

- A) Interações que privilegiavam estímulos para o desenvolvimento psicomotor do bebê, como brincadeiras que envolviam equilíbrio aos seis meses de idade, progredindo para jogos de encaixe, jogar bola, brinquedos variados, desenho, escrita e início do uso de computador (A11, A60, A68, B31, B69, B64).
- B) Interações que utilizavam o contato direto com a mãe, com relatos de pouca variedade de brinquedos, progredindo para interações com parentes e vizinhos (A56, B32, B70).

- C) Interações que envolviam toda a família nuclear, pai e irmãos, enquanto a mãe se ocupava dos afazeres domésticos, sem horário específico para se dedicar ao bebê (A45, B22, B27).

Esses processos proximais apresentaram variação em quantidade nos casos de mães que estavam inseridas no mercado de trabalho, com menor número de interações durante o horário de trabalho, incluindo as pessoas do apoio social nestes casos. Um mesmo padrão pode ser observado nos relatos ao longo do estudo, entretanto tiveram duas exceções: a participante A45 apresentou, nas entrevistas de seis e doze meses, interações envolvendo o contato direto entre mãe e bebê, próprias da categoria A, mas quando retornou ao mercado de trabalho, passou a apresentar um padrão de interações próprio da categoria C. A outra exceção foi a participante B31, que na entrevista de 12 meses apresentou baixa qualidade de interações devido à sua vontade de retornar ao mercado de trabalho. Já nas entrevistas de 18 e 24 meses, ela estava trabalhando em meio-expediente, os sintomas depressivos haviam desaparecido, e ela havia retornado ao padrão da categoria A.

A qualidade dos processos proximais, analisadas nas categorias descritas, apresentou variação conforme nível de escolaridade da mãe e classificação econômica. A categoria A foi observada somente entre participantes das classes econômicas A2, B1 e B2, com escolaridade referente a ensino superior ou ensino médio completo. A categoria B foi observada somente entre participantes das classes C1, C2 e D, com escolaridade referente a ensino médio ou ensino fundamental completo. A categoria C foi observada somente entre participantes

das classes C1, C2 e D, com escolaridade referente a ensino fundamental incompleto.

Algumas mães envolviam o bebê em atividades como guardar os brinquedos, enquanto outras relataram que o bebê era quem se envolvia nas atividades domésticas como, por exemplo, “varrer a casa” e ajudar a “arrumar gavetas”. Para lidar com os afazeres domésticos mais essenciais como, por exemplo, a preparação de alimentos, algumas estratégias foram adotadas pelas mães. No Grupo A foi comum a distração do bebê com brinquedos, deixá-lo com pessoa de apoio ou oferecer a chupeta. No Grupo B, distração com brinquedos, deixar o bebê com pessoa de apoio ou deixá-lo assistir desenho infantil na televisão.

Durante a entrevista na UTIN, as participantes foram questionadas sobre a forma para lidar com momentos de choro e sono de um bebê, independente de ser o seu próprio filho. As respostas envolveram, em caso de choro, o ato de pegar o bebê no colo, conversar, amamentar, dar carinho e atenção, para saber o motivo do choro e, por último, o relato de chupeta por duas participantes (A32 e B31). Para ajudar o bebê embalar o sono as sugestões foram: pegar no colo, balançar suavemente, cantar, amamentar e promover conforto, como por exemplo, um banho relaxante, massagem, carinho e dar um tecido para ele segurar. Nenhuma delas incluiu chupeta ou mamadeira nessa resposta.

Após a interação com o seu próprio bebê, os processos proximais relatados pelas mães para lidar com momentos de choro e sono do filho envolveram uma configuração divergente entre os dois grupos estudados. Para

lidar com o choro, o mais comum no Grupo A foi pegar no colo e dar a chupeta, mas houve também o relato de que a chupeta não ajudava nesta hora, e elas pegavam no colo e usavam alguma distração. No Grupo B, “colocar no peito” foi o relato mais frequente para silenciar o choro até a idade de 12 meses, enquanto que aos 18 e 24 meses foi pegar no colo, distração e conversa.

Para auxiliar o bebê a dormir, as mães do Grupo A relataram que preparavam uma mamadeira e depois davam a chupeta, mesmo para aqueles que ainda amamentavam no peito. No Grupo B, em que a criança não usava chupeta, o ritual para embalar o sono era com a amamentação no peito, enquanto ainda presente, ou a mãe tinha que ficar ninando o bebê no colo, ficar brincando até que ele dormisse e um deles sugava a língua para dormir. Entretanto, foi comum nos dois grupos a presença da mãe deitada ao lado do bebê até que ele adormecesse.

Quando as participantes foram questionadas se o bebê já tinha solicitado sua atenção e elas não puderam atendê-lo, a resposta foi negativa para a maioria das mães nos dois grupos, na idade de seis meses. Nas idades de 12, 18 e 24 meses, apenas uma mãe de cada grupo respondeu que interrompia a atividade na qual ela estava engajada para atender à solicitação do filho. As outras 10 mães recorriam à distração com algum brinquedo ou outra pessoa dava atenção ao bebê, quando elas estavam ocupadas nos serviços domésticos ou no momento em que elas saíam para trabalhar. No Grupo A apenas uma das mães oferecia a chupeta quando o bebê estava chorando nesta situação, mas também não era um comportamento frequente, já que alternava com um brinquedo. As demais responderam que o bebê não aceitava chupeta nessa hora. Aos 24

meses, porém, puderam ser identificados alguns relatos de que o bebê já conseguia esperar um pouco, pois já entendia quando a mãe estava ocupada, devido ao seu empenho em ensinar isso a ele.

Contribuição do uso da chupeta para o relacionamento mãe-bebê

Ao longo do estudo longitudinal, dois tipos principais de processos proximais envolvendo mãe-bebê-chupeta puderam ser identificados, independente da escolaridade das mães, classe econômica ou inserção da mãe no mercado de trabalho: 1) A mãe regulava e controlava a frequência de uso da chupeta pelo bebê (uso restrito) (A11, A45); 2) O bebê usava a chupeta livremente (uso irrestrito), sem interferência significativa da mãe (A32, A68). Um terceiro tipo de relação com a chupeta foi observado somente quando as mães estavam inseridas no mercado de trabalho e dependiam de um parente (avó e bisavós) para cuidar do bebê, a saber: 3) A mãe regulava e controlava a frequência de uso da chupeta quando o bebê estava com ela, entretanto o bebê usava a chupeta livremente, sem qualquer interferência, quando estava sob os cuidados das pessoas do apoio social (A56, A60).

A contribuição do uso da chupeta para o relacionamento entre mãe e bebê foi percebida como indiferente para as mães que controlavam seu uso, uma vez que o ato de colocar a chupeta na boca do bebê não era uma tarefa que exigia exclusividade de atenção por parte da mãe, como pode ser ilustrado no seguinte relato:

“[...] não substitui assim nada pra ele. [...] A chupeta qualquer um pode pegar e dar, não faz muita diferença... Não precisa ser você dar a chupeta”. (A11 – 6 meses)

Para essas participantes, a contribuição mais evidente foi relacionada à ajuda proporcionada durante o sono tanto para o bebê quanto para a mãe, porque a partir do momento em que o bebê passou a adormecer mais rápido e a prolongar o sono, a mãe também passou a dormir melhor. Em situações mais específicas como a necessidade de interrupção do aleitamento materno por problemas de saúde da mãe, o fato do bebê já usar chupeta foi descrito como grande auxílio à mãe nesta tarefa. Para aquelas que utilizavam a chupeta em várias situações, o relato comum foi que o bebê se acalmava mais rápido, e isso dava mais tranquilidade à mãe no relacionamento, porque a criança passava a escutá-la, o que facilitava a resolução do problema do choro, assim como também, o fato de acalmar a criança mais rápido a liberava para a execução das atividades domiciliares e pessoais.

Apesar do auxílio que a chupeta proporcionava na hora de colocar o bebê para dormir, quando questionadas se houve algum ponto negativo no relacionamento foi mais comum o relato de que a chupeta não interferiu, mas houve também a percepção de um afastamento do bebê em relação à mãe já que o bebê passou a dormir sozinho e como a chupeta solucionava o problema do choro, não precisava pegá-lo no colo. Outro ponto percebido pelas mães como negativo no relacionamento com o bebê devido ao uso da chupeta foi com relação à redução na oferta do aleitamento materno, porque antes de iniciar o hábito, quando o bebê chorava para dormir, a mãe o amamentava, e a partir do início do

uso da chupeta, ela passou a oferecer este objeto e não mais o peito, já que ele estava alimentado.

Da mesma forma, quando se questionou às mães se em algum momento ela gostaria que o bebê não tivesse usado chupeta uma delas verbalizou arrependimento, por ter sido de alguma forma “substituída” pela chupeta:

“Às vezes quando ele vai dormir eu fico assim poxa, ao invés de tá comigo, tá lá com a chupeta!” (A45).

O momento em que procuram e não encontram a chupeta, ou a esqueceram na casa de parente, foi caracterizado como desesperador, e motivo para sair à procura de uma solução como buscar aonde foi esquecida, comprar outra, improvisar uma chupeta com o bico da mamadeira ou mesmo manter em estoque para evitar esse tipo de situação. Também foi descrita como negativa a vivência prática com relação ao fato de ter que ficar lavando, fervendo e cuidando da chupeta, ou seja, ter esse trabalho com a chupeta. A dificuldade que será enfrentada quando for remover este hábito também foi lembrada e a preocupação quanto a alterações da arcada dentária foi relatada por apenas uma das mães.

Quanto à reação das mães depois que a criança passou a usar chupeta, para os casos de uso restrito, as participantes relataram que no início a chupeta ajudava bastante, especialmente porque a criança passou a dormir mais rápido, mas com o decorrer do tempo não fazia mais diferença com relação a ela se sentir mais descansada ou tranquila. Aquelas que não regulavam o uso da chupeta reafirmaram que esse objeto ajudava bastante na hora em que elas estavam ocupadas com os afazeres domésticos. Durante o acompanhamento

longitudinal, ressaltaram como mais uma facilidade para a mãe o fato de que a criança depois que começou a falar já sabia pedir e até buscar a chupeta. Relacionaram também que a mãe podia ficar mais tranquila em relação ao fato de que a criança com a chupeta não colocava na boca outros objetos potencialmente perigosos ou contaminados.

A dependência da mãe e do bebê em relação à chupeta foi avaliada neste estudo. Os relatos envolveram quatro situações: 1) O bebê era muito dependente da chupeta; 2) Mãe e bebê eram dependentes do uso da chupeta, 3) A mãe admitiu que era mais dependente do uso da chupeta pelo bebê do que o próprio filho; 4) Mãe e bebê não eram dependentes do uso da chupeta, mas as pessoas do apoio social sim. Nas três primeiras situações a expectativa da mãe é de que não vai ser fácil o momento da remoção da chupeta e na quarta situação a chupeta já poderia ter sido retirada se as pessoas do apoio social ajudassem.

Contribuição do não uso da chupeta para o relacionamento mãe-bebê

As participantes do Grupo B também fizeram tentativas para que o bebê usasse chupeta, mas ele recusou. A contribuição para o relacionamento, pelo fato de não ter ocorrido o uso da chupeta, foi a maior oferta do aleitamento materno, o que, na visão delas, favoreceu o estabelecimento do apego com a mãe. Se usasse chupeta, o bebê iria procurar a chupeta e não a ligação de afeto da procura pelo peito da mãe como ele estava fazendo. Outro ponto importante foi sobre a interação nas questões do dia a dia, uma vez que a mãe encontrava outras formas de acalmar o bebê por meio da atenção. Uma das participantes

também lembrou, como uma das contribuições, o fato de não ter o gasto financeiro com a compra de chupeta.

Quando questionadas se em algum momento elas gostariam que o bebê estivesse usando chupeta, um dos relatos do Grupo B se referiu à expectativa de maior facilidade que poderia ter tido para interromper o aleitamento materno, porque ela estava com dificuldades para o desmame do bebê de 18 meses e outras se referiram à provável facilidade que a chupeta poderia ter proporcionado na hora de dormir e ter sido mais fácil acalmar o bebê em algumas situações. A constatação de que não houve real necessidade do uso de chupeta devido ao temperamento da criança ser calmo também foi mencionada por uma participante. Como fatores negativos relacionados à chupeta, foram citadas a contaminação bacteriana deste objeto, quando a criança começa a engatinhar/andar, o “vício” relacionado à dependência da criança em relação a chupeta e as alterações na arcada dentária com o decorrer do tempo. O transtorno que poderia ser gerado pela perda da chupeta e o momento relacionado à interrupção do uso da chupeta foram citados como situações difíceis e complexas, que as mães desse grupo não iriam precisar se preocupar.

Necessidade de sucção, processos proximais estabelecidos pelos bebês com outros objetos e processos proximais autopracados

A necessidade de sucção foi questionada nas entrevistas para o Grupo A e para o Grupo B, tanto se a mãe percebeu alteração em intensidade, quanto às situações mais frequentes em que o bebê recorria à sucção, englobando

aleitamento materno, mamadeira, colocar mão, dedos e objetos na boca, sucção de lábio, língua, tecidos, objetos e chupeta. Quanto à modificação em intensidade, todas as mães observaram um aumento por volta dos seis meses de idade. Nas faixas intermediárias de 12 e 18 meses, as respostas ficaram divididas entre aumento, redução e mesma intensidade, independente do tipo de sucção. Aos 24 meses de idade, as mães do Grupo A relataram que a necessidade de sucção ainda estava presente, embora tenham observado redução, enquanto no Grupo B os relatos foram de redução ou que a necessidade de sucção não existia mais.

Processos proximais estabelecidos pelos bebês com outros objetos, exceto chupeta, foram relatados especialmente nas entrevistas de seis e doze meses, nos dois grupos. A partir de 12 meses, o ato de colocar objetos na boca foi associado à função de morder, para aliviar os sintomas da erupção dos dentes ou para satisfazer a curiosidade do bebê, e não mais no sentido de sucção. Na entrevista de 18 meses metade das crianças ainda colocava objetos na boca, mas a persistência aos 24 meses foi observada somente entre crianças do Grupo B.

A tentativa para seguir a orientação prescrita quanto ao AME foi frustrada devido à grande dificuldade que as mães encontraram após a alta hospitalar, de forma que 10 mães (06 casos do Grupo A e 05 do Grupo B) recorreram ao uso da mamadeira em complementação ao aleitamento materno. A relação da mãe com esse objeto teve o objetivo principal de alimentar o filho, mas a persistência do seu uso foi relacionada à sua dependência como ferramenta para induzir o sono do bebê e tornar o processo mais rápido e menos cansativo; em alguns casos, o uso da mamadeira também ocorria de madrugada, tanto no Grupo A quanto no B.

Interação mãe-bebê e a participação do pai

Em três casos o pai não residia na mesma casa e não participava da vida da criança. A análise dos nove casos restantes constatou que a ajuda do pai foi descrita principalmente com as atividades de brincar e passear com o bebê, distraí-lo nos momentos em que a mãe estava ocupada com os afazeres domésticos ou quando ela trabalhava por escala que incluía o fim de semana. Interessante observar que mesmo quando a profissão do pai era de cozinheiro, a preparação do jantar era tarefa da mãe, assim como os demais afazeres domésticos, enquanto o pai distraía o filho. O envolvimento direto do pai nos cuidados higiênicos do bebê foi descrito apenas nos casos em que a mãe não estava presente em casa.

Quanto à interação entre pai e filho, as mães definiram como muito satisfatória, com um vínculo bem estabelecido entre eles, mesmo quando o contato ocorria mais no final de semana, independente se o bebê era menino ou menina. Algumas consideraram que a atenção que o pai dava ao bebê era mais exclusiva do que a delas, como no relato:

“O pai dela chega e vai brincar com ela, dá aquele tempo prá ela, mais do que eu. Eu já fico preocupada com as tarefas domésticas. [...] Ele chega, já está tudo pronto”. (A56 – 24 meses)

Em dois casos, porém, a interação foi definida como esporádica. Não houve diferença entre os Grupos A e B com relação a esse tema.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

A condição do nascimento pré-termo levou a uma preocupação inicial com a alimentação em maior frequência, o fato de ter que acordar o bebê para ser amamentado, a necessidade de suplementação alimentar, a restrição de contato por outras pessoas, devido ao medo de pegar no colo, e as medidas de peso/altura inferiores aos bebês da mesma idade. Entretanto, na entrevista de seis meses essas preocupações já se mostravam superadas e substituídas pela alegria com os progressos do bebê. Algumas mães tinham experiência prévia com o nascimento pré-termo do primeiro filho ou já tinham convivido com RNPT, filho de vizinho ou parente, demonstrando maior confiança para lidar com a situação e outras participantes relataram que depois que deixaram a UTIN, cuidaram do bebê como se tivesse nascido a termo, inclusive na relação com outras pessoas.

Aos seis meses de idade a característica mais marcante descrita pelas participantes foi o temperamento “calmo” do bebê, que facilitava a convivência neste período, especialmente quando estavam alimentados. Apenas uma das participantes descreveu o temperamento do bebê como “agitado”. Entre as características mais difíceis para lidar com o bebê foram relacionadas: a “fragilidade” devido ao nascimento pré-termo, o fato de “demorar para dormir” ou “acordar muitas vezes à noite” e a “solicitação frequente de colo”, especialmente entre as crianças do Grupo A. No Grupo B a resposta mais comum foi a de que não houve uma característica difícil, uma vez que o bebê era fácil de lidar. Um

deles foi descrito pela mãe, desde os seis meses, como tendo um comportamento muito adaptável com todas as pessoas da família, de forma que não a sobrecarregava.

A partir de 12 meses, as características descritas se diferenciaram, todavia mantiveram-se constantes até 24 meses. Os relatos de temperamento “calmo e tranquilo” foram reduzidos aos 12 meses, raros aos 18 meses e apenas duas participantes avaliaram seus bebês com esse temperamento aos 24 meses (A60, B69). O mesmo ocorreu com o temperamento “carinhoso, amoroso” (A68, B69). Os primeiros relatos de “teimosia” surgiram aos 12 meses (A11, A45, B70) e representaram o comportamento mais frequente aos 18 e 24 meses (A11, A32, A45, A56, A60, B22, B27, B64, B70), caracterizado pela descrição de birra ou “pirraça”, constituindo a característica mais difícil para lidar com o bebê, sem distinção nos dois grupos. O temperamento descrito aos 12 meses como “genioso” passou a ser interpretado pelas participantes aos 18 e 24 meses na categoria de “teimoso”, uma vez que os relatos de “pirraça” se sobressaíram. O segundo tipo mais difícil de lidar, tanto no Grupo A quanto no Grupo B, foi o comportamento “bagunceiro” (A11, A32, B22, B27, B64, B70). O relato do temperamento “agressivo”, caracterizado pelos comportamentos de morder, empurrar e/ou bater foi descrito somente entre crianças do Grupo B (B22, B31, B64, B70).

Outras características de temperamento dos bebês foram relacionadas em menor escala pelas participantes, a saber: “alegre, satisfeito”, “simpático, boa adaptação com as pessoas”, “independente, decidido”, “curioso, inteligente”, “obediente”, “fácil de cuidar” e “tímido”. A “solicitação frequente de colo” foi um

relato raro como uma característica difícil de lidar aos 18 e 24 meses e associada somente ao período em que a criança adoecia.

Algumas mães se referiram ao temperamento tranquilo e ao mesmo tempo genioso do bebê, podendo ser exemplificado no seguinte relato:

“Ele fica tranquilo, quando tudo em casa está tranquilo. Quando eu sigo a rotina certinha, ele vai dormir na hora certa, acorda direitinho, ele fica altamente tranquilo. [...] Se alguma coisa o acordar fora do horário, se o irmão mudar o canal da TV, ele fica bravo [...] mas dura uns três minutos”. (A11 – 18 meses).

Na entrevista de 24 meses, alguns relatos demonstraram uma interação mais fácil com o decorrer da idade, demonstrando a progressão dos processos proximais a partir da aquisição de habilidades do bebê, especialmente a fala, exemplificada da seguinte forma:

“Agora que ele já está falando ficou mais fácil porque a maioria das coisas que ele fala eu entendo”. (A32 – 24 meses)

Os processos proximais descritos para explicar situações relativas a algumas dessas características de temperamento, e como as mães lidavam com elas, puderam ser apreendidas. Para lidar com o temperamento genioso, teimoso, desobediente, as mães tentavam ser firmes para reverter a situação; usavam uma distração; ou utilizavam a palavra “não” e explicavam o “porquê”. Para lidar com a “pirraça”, a mãe fazia a vontade do bebê se o objeto que ele queria não fosse perigoso; a mãe o distraía com algum brinquedo; ou ignorava a “pirraça” até que a criança parasse de chorar. Uma das mães relatou que nesse momento deitava o

bebê no chão para protegê-lo, caso contrário ele se jogava no chão, e então ignorava o seu comportamento. Para aquelas que estavam inseridas no mercado de trabalho e que deixavam o bebê com parentes (avós e bisavós), o relato foi de que as mães ignoravam a “pirraça”, mas a pessoa do apoio social fazia todas as vontades do bebê.

As interações estabelecidas também sofreram influência de características do temperamento da mãe, avaliadas pelas próprias participantes, que perceberam alterações após o nascimento do filho. No Grupo A, as participantes relataram que seu temperamento era calmo da mesma forma que antes do nascimento do bebê ou ficaram mais calmas após o nascimento ou eram agitadas e ficaram mais calmas, mesmo aquelas que já tinham filhos maiores. No Grupo B, as participantes se definiram como nervosas, agitadas ou irritadas como antes do nascimento, esse temperamento se exacerbou após o nascimento ou eram calmas e ficaram mais nervosas/agitadas/irritadas, inclusive entre as que já tinham filhos maiores, que justamente representavam a maior causa do temperamento nervoso. Apenas uma participante do Grupo B se definiu como calma.

Entre as características positivas analisadas pelas mães, a maioria declarou ter paciência para lidar com o bebê, outras relataram o fato de gostarem de brincar e rir com ele, enquanto outras se consideravam rigorosas, mas ressaltaram características de firmeza para lidar com o comportamento do bebê, independente do uso de chupeta. Entre as características negativas para lidar com o bebê, a agitação e falta de paciência, quando premidas pelo tempo escasso para cumprir todas as tarefas, foi um relato constante, agravado pela

descrição de irritação e nervoso com o choro do bebê, especialmente em relação à “pirraça”. Algumas relataram que eram teimosas e não eram flexíveis em muitos momentos de interação com o bebê, quando não deveriam ser devido à baixa idade da criança. Somente uma participante declarou que não tinha característica negativa. Não houve diferença entre os Grupos A e B.

CONTEXTO

Durante o período de internação do RNPT, a vivência em UTIN foi considerada muito difícil pelas mães, devido à preocupação com a saúde do filho internado, pela situação não planejada, inesperada, pelo próprio fato de estar em hospital e não em casa, devido à distância do filho mais velho que ficou aos cuidados de outra pessoa, por ser uma rotina cansativa e até pelo fato relatado por uma das participantes sobre a experiência prévia em UTIN com o primeiro filho, que teve sequelas neurológicas. Porém, a internação foi considerada importante para a sobrevivência do recém-nascido, evento ao qual elas estavam se adaptando e superando os obstáculos, movidas pelo amor ao filho.

Após o retorno para casa com o RNPT, o medo inicial devido à condição da prematuridade foi cedendo, a partir dos progressos apresentados com o desenvolvimento do bebê e a própria segurança da mãe que foi sendo adquirida a partir da interação e cuidados com o filho.

Os ambientes frequentados pelo bebê por uma hora ou mais, diariamente, conforme relatado na entrevista de seis e doze meses, foram o quarto e a própria casa, a casa dos avós, a rua perto de casa (com o objetivo aos seis meses de dar banho de sol ao bebê e aos doze meses para interagir com outras crianças), e a casa de parentes com crianças; aos 18 e 24 meses, a própria casa (e não mais o quarto), a casa dos avós (quando reunia outras crianças), o quintal da própria casa, creche, parque infantil, rua perto de casa, terraço, casa de parentes com crianças, casa de vizinhos e *shopping*. O ambiente mais indicado pelas mães como aquele que exercia maior influência no desenvolvimento do bebê, na entrevista de seis meses, foi a casa dos avós, devido ao maior número de pessoas para interagir com ele; na entrevista de 12 meses, foi o quarto/casa porque era onde o bebê passava a maior parte do tempo e tinha brinquedos disponíveis; aos 18 meses, foi a casa de parentes com crianças; e aos 24 meses, foi a creche, avaliada como ambiente que gerou um impulso no desenvolvimento do bebê, que passou a falar mais e cantar a sequência das músicas infantis. Não foram observadas diferenças entre os Grupos A e B, quanto aos tipos de ambientes frequentados pelos bebês.

O que o bebê mais gostava de fazer aos seis meses, nos contextos informados pelas participantes, era que as pessoas ficassem brincando com ele, como “conversar” e fazê-lo rir; aos 12 meses, a preferência foi por atividades mais agitadas, observadas nas ações de engatinhar, andar, pular, subir no sofá e dançar, enquanto que para outros foi a interação com brinquedos na presença de um adulto significativo; aos 18 meses, uma ligeira preferência foi por atividades mais agitadas, observadas nas ações de pular no sofá, ficar correndo, jogar bola

e dançar, assim como pela brincadeira com outras crianças, mas foram citadas atividades diversas como tirar os utensílios do armário, interagir com brinquedos, tomar banho de piscina, assistir desenho animado na televisão, DVD ou computador e rabiscar/desenhar. Aos 24 meses, a preferência foi por essas atividades mais agitadas, tendo sido citadas também as brincadeiras com outras crianças e algumas ações mais concentradas como montar brinquedos de encaixar, brincar de boneca, assistir desenho em DVD ou computador e brincar com os seus próprios brinquedos. Não foram observadas diferenças entre os Grupos A e B.

Os objetos mais utilizados pelo bebê para brincar em sua própria casa, nos relatos de seis meses, foram mordedores e chocalhos; aos 12 meses, mordedores, carrinho/boneca (conforme meninos e meninas), brinquedos educativos e os que emitiam som/música; aos 18 meses, carrinho/boneca/panelinha, brinquedos educativos, brinquedos que emitiam som/música, bola e alguns relatos de objetos em geral da casa, como vasilhas, colheres, controle remoto; aos 24 meses permaneceram os brinquedos tipo carrinho/boneca/panelinha, os educativos e a bola, acrescentando-se velocípede, cavalinho de balançar e bicicleta. Não foram observadas diferenças entre os Grupos A e B.

Com relação a objetos que estavam disponíveis para o bebê colocar na boca, nos relatos de seis meses, foram os mordedores e a própria chupeta para o Grupo A e os mordedores para o Grupo B, sendo que uma delas relatou que o bebê não tinha objetos para colocar na boca. Aos 12 meses permaneceu o relato dos mordedores, mas com a observação de que o bebê colocava na boca os

brinquedos em geral e até mesmo outros objetos. Aos 18 meses, metade dos bebês ainda colocava brinquedos em geral na boca, mas não usavam mais os mordedores, e aos 24 meses os relatos indicaram que não havia objetos apropriados porque o bebê não colocava mais os objetos na boca ou isso era um evento raro, especialmente no grupo que usava chupeta.

DISCUSSÃO

A estratégia de planejamento deste estudo, sua elaboração e a análise dos dados consideraram a interdependência dos elementos do modelo PPCT, com foco no principal construto da teoria bioecológica representado pelos processos proximais (BRONFENBRENNER, 1994; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006; ROSA; TUDGE, 2013). Devido ao número reduzido de participantes os procedimentos de estatística inferencial não se mostraram apropriados, porém essa estratégia qualitativa tem como contribuição o entendimento do fenômeno e suas interconexões.

No presente estudo, a avaliação dos processos proximais ocorreu em dois contextos diferentes. No primeiro, no microsistema da UTIN, os processos proximais foram limitados devido às características pessoais de recurso do recém-nascido (nascimento pré-termo e baixo peso), mas tiveram o investimento da luta das mães para superar os obstáculos, apesar da rotina cansativa, pela ativação das suas próprias características de força e recurso, que as influenciaram positivamente para se engajarem com efetividade nos processos

proximais. Como foi abordado na literatura, o nascimento pré-termo e a separação física por internamento constituem dificuldades fundamentais para a mãe no estabelecimento de interações eficazes com o filho (FELDMAN; EIDELMAN, 2006; FELDMAN; EIDELMAN, 2009; ZELKOWITZ et al., 2009; CAMARNEIRO et al., 2009; MONTIROSSO et al., 2010).

Já no segundo contexto, no microsistema da família acessado nos relatos das participantes ao longo do estudo longitudinal, os progressos observados com o desenvolvimento do bebê reforçaram a sua identidade como mãe, por terem conseguido lidar com as dificuldades, ao mesmo tempo em que a graciosidade do bebê atuava como característica de demanda reforçadora para atrair as relações no ambiente social, promovendo os processos proximais, conforme teorizado por Bronfenbrenner e Morris (2006). A própria expectativa futura positiva de que não haveria consequência para a relação mãe-bebê, relatada pelas participantes ainda na UTIN, ou que o período de internação iria gerar um elo maior de aproximação entre mãe e filho, contribuiu para a influência favorável ao desenvolvimento, como analisado na teoria bioecológica, impulsionando o estabelecimento de processos proximais positivos.

Os resultados do presente estudo revelaram que as brincadeiras que envolviam equilíbrio aos seis meses de idade evoluíram para jogos de encaixe, bola, brinquedos variados, desenho, escrita e uso de computador ao longo dos 24 meses evidenciando a complexidade cada vez maior dos processos proximais, tornando-os mais efetivos, como previsto por Bronfenbrenner e Morris (2006). Em conjunção com a teoria bioecológica, a pesquisa de Tudge et al. (2001) também demonstrou a importância das atividades diárias das crianças em idade pré-

escolar para o desenvolvimento de processos proximais efetivos. Foi ratificado no estudo de Seidl-de-Moura (2008), que a resposta materna ao aumento do repertório comportamental dos bebês ocorria na forma de trocas mais complexas, de forma que nestas interações o bebê aprendia sobre os outros e sobre si mesmo.

Entretanto, essa efetividade dos processos proximais foi especialmente observada para as participantes com escolaridade correspondente ao ensino superior e ensino médio completo e das classes econômicas A e B demonstrando que os processos proximais se encontraram em vantagem nos ambientes onde os recursos eram providenciados, como discutiram Bronfenbrenner e Ceci (1994). O retorno ao mercado de trabalho e a dupla jornada de trabalho para mulheres das classes C e D, cujos companheiros consideravam a realização dos afazeres domésticos como papel de domínio feminino, apresentaram influência negativa na qualidade dos processos proximais, à medida em que os afazeres domiciliares deixavam essas participantes sem um horário específico para se dedicarem ao bebê. Pais pouco participativos também foram percebidos pelas mães do estudo de Dessen e Oliveira (2013).

A contribuição do uso da chupeta como auxiliar nos processos de interação com o filho foi percebida como indiferente para mães que controlavam seu uso, sendo mais evidente a ajuda proporcionada durante o sono do bebê, que refletia também na qualidade de sono da mãe. Para aquelas em que os bebês usavam a chupeta em várias situações a percepção da contribuição do seu uso para os processos de interação mãe-bebê se resumiam ao fato de que o bebê se acalmava mais rápido, passava a escutar a mãe, o que facilitava a resolução do

problema do choro e a liberava para a execução de outras tarefas domiciliares, resultado análogo à representação social de chupeta discutida por Sertório e Silva (2005). Adicionalmente, a mãe ficava mais tranquila porque a criança com a chupeta não colocava objetos potencialmente perigosos na boca.

Ao ser utilizada como resolução mais rápida para atender às demandas do bebê, a chupeta atuava como limitação para o estabelecimento dos processos proximais, uma vez que diminuía a necessidade de pegar o bebê no colo e a oferta do aleitamento materno como sucção não nutritiva. Momentos de ansiedade e situações estressantes foram relacionados à perda da chupeta, aos cuidados para evitar a contaminação bacteriana e à previsão das dificuldades que serão enfrentadas quando forem remover o hábito. Como ponto de neutralidade, a partir da entrevista de 18 meses foi comum o relato de que o bebê não aceitava a chupeta quando era contrariado ou quando queria a atenção da mãe e ela não podia atendê-lo naquele momento, de forma que as mães precisavam recorrer a outras formas de interação para resolver o problema.

Observou-se, em todos os casos do Grupo A, a existência de uma relação triádica (mãe-bebê-chupeta), em comparação com a relação diádica (mãe-bebê), estabelecida no Grupo B, uma vez que a mãe encontrava outras formas de acalmar o bebê por meio da atenção, o que atuava positivamente na qualidade dos processos proximais. A constatação de que não houve real necessidade do uso da chupeta foi observada pelas mães do Grupo B ao longo do tempo, que se mostraram aliviadas por não precisarem lidar com os transtornos que elas atribuíram à chupeta, como evitar a contaminação desse objeto, a dependência

da criança referida como “vício” da chupeta, a perda da chupeta, e o momento relacionado à interrupção do hábito.

A interferência da chupeta no ritual para induzir ao sono no Grupo A pode ser analisada como uma apropriação cultural, que também foi discutida por Geib (2007) quando analisou que aspectos culturais exerciam influência nas decisões parentais em questões relacionadas ao sono. Já no Grupo B outras formas de embalar o sono do bebê foram utilizadas, como a valorização do aleitamento materno, também observada por Abdulrazzaq, Al Kendi, Nagelkerke (2009), em uma cultura que não valorizava o uso de chupeta.

Embora as mães encontrassem dificuldades para estabelecer ou manter o AME após a alta da UTIN, tanto no Grupo A quanto no Grupo B, uma diferença foi observada entre os grupos quanto à relação que as participantes estabeleceram referente ao aspecto da sucção não nutritiva no peito. No Grupo A, a aceitação da chupeta pelo bebê desobrigou a mãe do componente da sucção não nutritiva que era suprido até então pela amamentação no peito, mesmo que de uma forma parcial devido às dificuldades encontradas para estabelecer ou manter o AME. Por outro lado, no Grupo B observou-se que a sucção não nutritiva que poderia ter sido suprida pela chupeta era desnecessária, porque a necessidade de sucção estava sendo provida pela amamentação no peito, o que reforçava o empenho da mãe na qualidade dos processos proximais. Esse resultado encontra respaldo na literatura no estudo de Alfaya e Schermann (2005) que demonstraram que o aleitamento materno constitui importante fator capaz de facilitar o estabelecimento de uma sensibilidade materna mais favorável, que por sua vez é fundamental para a formação do apego entre mãe e bebê.

A necessidade de sucção, analisada nos processos proximais autopracados ou estabelecidos pelos bebês com objetos, foi avaliada nos atos de colocar as mãos, os dedos e objetos na boca, sugar lábio, língua, tecidos e chupeta. Esses episódios foram frequentes aos seis meses de idade, porém aos 12 meses o ato de colocar os dedos e objetos na boca foi relacionado à função de morder e aliviar os sintomas da erupção dos dentes e não mais no sentido de sucção. A necessidade de sucção apresentou redução significativa a partir de 18 meses de idade, entretanto, para os casos de uso irrestrito de chupeta, o fato da criança começar a falar e ter mais autonomia para se deslocar nos espaços da residência, ela mesma passava a pedir ou até buscar a chupeta em outro cômodo, constituindo reforçadores para a persistência e intensificação do uso da chupeta como hábito deletério. Por outro lado, a persistência aos 24 meses do ato de colocar objetos na boca foi observada somente no Grupo B.

Os processos proximais estabelecidos ao longo dos 24 meses também sofreram interferência do temperamento do bebê e como a mãe lidava com situações estressantes e das alterações de temperamento da própria mãe. Quanto ao temperamento dos bebês, na idade de seis meses os relatos das participantes o definiram como calmo, mas a partir dos 12 meses apareceram os primeiros relatos de teimosia, representando o temperamento prevalente aos 18 e 24 meses, tanto no Grupo A quanto no Grupo B. O incremento nas aquisições motoras, de linguagem, socioemocionais e intelectual-cognitivas, também discutida por Lopes et al. (2009), exigiram maior atenção e disponibilidade das mães, acarretando sentimentos positivos e negativos para lidar com uma relação que oscilava entre dependência e independência dos seus filhos. Por outro lado, a

presença de elementos positivos da abordagem materna que promoviam a autorregulação das emoções foi relacionada por Feldman, Dollberg e Nadam (2011) com a maior capacidade da criança, na faixa etária de dois a três anos, para conter o comportamento agressivo.

Em relação ao temperamento das mães, no Grupo A as participantes relataram que era calmo da mesma forma que antes do nascimento do bebê, ficaram mais calmas ou eram agitadas e ficaram mais calmas. No Grupo B, as participantes se definiram como nervosas, agitadas ou irritadas como antes do nascimento, esse temperamento se exacerbou após o nascimento ou eram calmas e ficaram nervosas, agitadas ou irritadas. Foi uma constatação interessante, que demonstrou a atuação dos processos proximais como influência para alterações nas características pessoais das mães que emergiram ao longo do tempo, conforme teorizado por Bronfenbrenner e Morris (2006), mas que necessita de investigações adicionais, devido ao pequeno número de participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do acompanhamento longitudinal dos processos de interação mãe-bebê, relatados pelas mães de RNPT egressos de UTIN, foi possível avaliar a influência dos quatro elementos da teoria bioecológica conforme reformulada em Bronfenbrenner e Morris (2006), considerando os processos proximais como o mecanismo primário produtor do desenvolvimento.

Na avaliação dos processos proximais, nos casos em que a mãe teve dificuldades para estabelecer o AME e introduziu a mamadeira, a chupeta supriu a necessidade do bebê quanto à sucção não nutritiva, favorecendo a tranquilidade para o relacionamento inicial. Quando as mães controlaram o uso da chupeta, a contribuição desta para os processos proximais estava relacionada apenas à ajuda proporcionada para induzir o sono do bebê. Por outro lado, nos casos de uso irrestrito da chupeta, além do auxílio noturno, a criança se acalmava mais rápido, o que facilitava a resolução do choro, liberando a mãe para a execução de outras tarefas; o uso da chupeta nesses casos atuava, então, como redutor da qualidade dos processos proximais, porque diminuía a necessidade de pegar o bebê no colo e a frequência do aleitamento materno. Já a análise da evolução dos processos proximais, evidenciada pela maior complexidade nas relações mãe-bebê, demonstrou não haver interferência pelo uso ou não da chupeta, tendo sido mais efetivos quando as mães tinham maior escolaridade (EMC, ESI e ESC) e nas classes econômicas A e B.

As características pessoais, especialmente as características de recurso limitantes à integridade funcional do recém-nascido, devido ao nascimento pré-termo, baixo peso e internação em UTIN, podem ter influenciado na aceitação da chupeta pelo bebê (Grupo A), devido às dificuldades enfrentadas pelas mães para estabelecer o AME. Entretanto, aspectos do microsistema UTIN, como a proibição do uso da chupeta e o estímulo ao AME, possivelmente tiveram atuação para retardar a oferta da chupeta, favorecendo os casos que tiveram sucesso no AME, fator de proteção ao desenvolvimento tanto no aspecto biológico quanto no aspecto da interação mãe-bebê, gerando como consequência a não aceitação da

chupeta pelo bebê (Grupo B). Todas as mães desta amostra do estudo fizeram tentativas para que o bebê aceitasse a chupeta, ressaltando a influência do macrossistema. Ao final do estudo, a previsão das mães sobre as dificuldades que serão enfrentadas quando forem remover o hábito de sucção de chupeta apresentou as mesmas características de influência do macrossistema que foram observadas entre as mães dos bebês que não aceitaram a chupeta, quando demonstraram alívio por não terem que lidar com o momento relacionado à interrupção desse hábito, conclusão que elas chegaram somente com o decorrer dos dois primeiros anos de vida.

Devido ao número reduzido de casos, não é possível a generalização dos resultados, entretanto pode-se inferir que dadas as especificidades do nascimento pré-termo e internação do recém-nascido em UTIN, os resultados deste estudo corroboram a indicação de equipes profissionais para apoio domiciliar às mães, para lidar com a sucção não nutritiva visando a promoção do AME como pilar para as interações iniciais mãe-bebê. Para os casos em que não for possível o AME, a necessidade de sucção não nutritiva deverá ser avaliada, de forma que a decisão pela introdução da chupeta seja para suprir uma necessidade inerente ao bebê, usada de forma restrita, promovendo processos proximais reforçadores para o desenvolvimento saudável e não, simplesmente pela insistência dos familiares, a partir de atitudes reforçadoras para manutenção de um hábito deletério de forma irrestrita que, nessa situação, poderá induzir à redução dos processos proximais.

REFERÊNCIAS

ABDULRAZZAQ, Y. M.; AL KENDI, A.; NAGELKERKE, N. Soothing methods used to calm a baby in an Arab country. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 98, n.2, p. 392-396, 2009.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223p.

BENEVENUTO DE OLIVEIRA, M. M. et al. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 23, n. 3, p. 269-274, 2007.

BIGRAS, M. PAQUETTE, D. Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1167-1174, 2007.

BRONFENBRENNER, U. Developmental ecology through space and time: A future perspective. In: MOEN, P.; ELDER JR. G H.; LUSCHER, K. **Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development**. Washington, DC: American Psychological Association, 1995. p. 619-647.

_____. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 5-197.

_____. Ecological models of human development. In: POSTLETHWAITE, T. N. **International encyclopedia of education**. 2. ed. Vol. 3. Oxford: Pergamon Press/Elsevier Science, 1994. p. 1643-1647.

_____. The bioecological theory of human development. In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. **International Encyclopaedia of the Social and Behavioural Sciences**. Oxford: Elsevier, 2001. p. 6963-6970.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development**. New York: John Wiley & Sons, 2006. p. 793-828.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. **Psychological Review**, Washington, v. 101, n. 4, p. 568-586, 1994.

CAMARNEIRO, A. P. F. et al. Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de

Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 40, n. 2, p. 53-57, 2009.

DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. R. Envolvimento Paterno Durante o Nascimento dos Filhos: Pai “Real” e “Ideal” na Perspectiva Materna. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 184-192, 2013.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Neonatal state organization, neuromaturation, mother-infant interaction, and cognitive development in small-for-gestational-age premature infants. **Pediatrics**, Evanston, v. 118, n. 3, p. 869-878, 2006.

FELDMAN, R.; DOLLBERG, D.; NADAM, R. The expression and regulation of anger in toddlers: Relations to maternal behavior and mental representations. **Infant Behavior & Development**, Norwood, v. 34, n. 2, p. 310–320, 2011.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. **Developmental Science**, Oxford, v. 12, n. 1, p. 194–200, 2009.

FERRINI, F. R.; MARBA, S. T.; GAVIÃO, M. B. Oral conditions in very low and extremely low birth weight children. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 75, n. 3, p. 235-242, 2008.

GEIB, L. T. C. Moduladores dos hábitos de sono na infância. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 564-568, 2007.

JAHANBIN, A.; MOKHBER, N.; JABBARIMANI, A. Association between sociodemographic factors and nutritive and non-nutritive sucking habits among Iranian girls. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Alexandria, v. 16, n. 11, p. 1143-1147, 2010.

LOPES, R. C. S. et al. “Quando eles crescem, eles voam”: percepções e sentimentos maternos frente ao desenvolvimento infantil aos 18 - 20 meses. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 221-232, 2009.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-569, 2009.

MONTIROSSO, R. et al. A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pré-term and full-term infants. **The British Journal of Developmental Psychology**, v. 28, (Pt2), p. 347-68, 2010.

NYQVIST, K. H.; EWALD, U. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants: identification of differences between breast-, cup- and bottle-feeding. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 85-

86, 2006.

ROSA, E. M.; TUDGE, J. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: its evolution from ecology to bioecology. **Journal of Family Theory & Review**, v. 5, n. 4, p. 243-258, 2013.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SERTORIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

TUDGE, J. et al. The effects of young children's everyday activities: A longitudinal study in the United States, Russia and Estonia. Presented at the biennial meetings of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN, 2001.

WAKELY, L. T.; RAE, K.; COOPER, R. Stoic survival: the journey of parenting a premature infant in the bush. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 10, n. 3, p. 1475, 2010.

WORLD Health Organization. What is a preterm baby?, 2014. Disponível em <http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/en/> Acesso em: 08 de maio de 2014.

ZELKOWITZ, P. et al. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 85, n. 1, p. 51-58, 2009.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o estabelecimento da alimentação do recém-nascido pré-termo por sucção é imperativo que ocorra a maturidade e coordenação das funções de sucção, deglutição e respiração. O que os estudos demonstraram foi que a estimulação da sucção não nutritiva poderia acelerar o início da alimentação por sucção e assim reduzir o tempo de internação hospitalar do RN na UTIN (POORE et al., 2008; YILDIZ; ARIKAN, 2011). Entretanto, o uso de chupeta para esse estímulo da SNN não tem sido unanimidade entre os autores, já que alguns indicaram a estimulação da região perioral e intraoral com o dedo enluvado, cujo objetivo seria evitar a possível interferência da chupeta no estabelecimento do aleitamento materno (NEIVA; LEONE, 2006; VENSON; FUJINAGA; CZLUNIAK, 2010).

A indicação da chupeta para alívio da dor durante procedimentos invasivos também foi abordada na literatura (ELSERAFY et al., 2009), assim como sua indicação para evitar a morte súbita do bebê no berço (TONKIN et al., 2007), porém foram identificados poucos estudos sobre uso prolongado de chupeta por crianças nascidas pré-termo, e esses estudos demonstraram maior frequência comparando-as com crianças nascidas a termo (BENEVENUTO DE OLIVEIRA et al., 2007; FERRINI; MARBA; GAVIÃO, 2008). O reflexo da experiência traumática do nascimento pré-termo e internação do filho em UTIN na relação mãe-bebê foi bem explorado na literatura (FELDMAN; EIDELMAN, 2006; MELNYK et al., 2006; 2008; PADOVANI et al., 2009; WAKELY; RAE; COOPER, 2010), entretanto não foram encontrados estudos específicos sobre interação mãe-bebê e uso de chupeta em crianças nascidas pré-termo, o que constituiu a proposição geral do presente estudo.

O planejamento e a análise dos dados tiveram como base a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2001), selecionando-se mães de RNPT internados em UTIN. Considerando a avaliação do desenvolvimento elaborada por suas mães, os RNPT foram acompanhados longitudinalmente aos seis, 12, 18 e 24 meses de idade, realizando-se uma abordagem psicossocial da temática envolvendo a interação mãe-bebê, a oferta e uso da chupeta.

O ponto de partida foi a interação mãe-bebê ainda no período de internação hospitalar. Os processos proximais iniciais foram avaliados como positivos pelas mães, percebidos a partir das expressões faciais do bebê na sua presença, apesar da vivência em UTIN ter sido considerada por elas como um evento impactante nas suas vidas, com relatos de tristeza, preocupação e rotina cansativa, independente da escolaridade, classe econômica e idade gestacional.

Os processos proximais resultaram da combinação de três tipos principais: contato físico, conversa e valorização da amamentação como forma de interação com o filho. A avaliação das mães também foi positiva quanto à expectativa futura de que não haveria consequência negativa na relação mãe-bebê, interpretada pela TBDH como uma predição do estabelecimento de processos proximais efetivos, que por sua vez, seriam indicativos de desenvolvimento saudável do bebê.

O tempo de permanência da mãe na UTIN foi maior que seis horas diárias, independente da escolaridade, classe econômica e idade gestacional, sendo considerado pelas participantes como suficiente para estabelecer o vínculo com o

filho porque este já existia desde a gestação. Apesar das adversidades, as mães estavam enfrentando a internação do filho a partir de seus próprios recursos biopsicológicos, contando com apoio de familiares, do pai do RN e da equipe hospitalar, reconhecido como apoio efetivo nos relatos das participantes.

Na entrevista da UTIN, as expectativas das mães com relação ao aleitamento materno foram positivas, considerando que elas relacionaram uma série de benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe, todavia, os relatos na idade de seis meses envolveram uma sequência de dificuldades para estabelecer o AME, culminando com a alternância com o uso de mamadeira, cuja aquisição ocorreu antes do nascimento do filho. Essas dificuldades foram significativamente relacionadas com maior tempo de internação na UTIN e maior tempo de uso de sonda orogástrica.

A tentativa de oferta de chupeta pelas mães ou familiares ocorreu em 96,2% dos casos (n=52), contrariando a expectativa prévia da maioria das participantes que não tinha adquirido a chupeta antes do nascimento, não queria que o filho usasse e havia relacionado diversas desvantagens da chupeta. Nessa avaliação, a influência do macrossistema pode ser observada devido à alta frequência de uso de chupeta entre crianças da família e ao relato comum de que o objetivo da oferta da chupeta foi para verificar se o bebê queria, porque muitas crianças usavam.

O uso de chupeta foi efetivado por 50% dos bebês aos seis meses de idade (n=52), podendo-se inferir que a oferta da chupeta apresentou influência cultural, mas a sua aceitação pelo bebê, com a consequente instalação do hábito,

foi relacionada estatisticamente com as dificuldades encontradas para estabelecer ou manter a amamentação após a alta da UTIN, em RNPT pequeno para idade gestacional (PIG) e na condição de primiparidade. Por outro lado, a interferência cultural também foi percebida quando da aceitação da chupeta pelos bebês nos casos em que sua oferta pelos familiares foi realizada com base na insistência, com mais de três dias de tentativas para acostumá-lo com chupeta.

Como fatores de proteção, foram associados à menor frequência de uso de chupeta: aleitamento materno exclusivo por período igual ou maior do que três meses e tempo de aleitamento materno igual ou maior que seis meses. Não apresentaram relação com uso de chupeta: escolaridade da mãe e do pai, idade da mãe, inserção da mãe no mercado de trabalho, classificação econômica, sexo do bebê, classificação de prematuridade por idade gestacional, peso ao nascimento, tempo de internação em UTIN e tempo de uso de sonda orogástrica.

As representações sociais sobre “bebê” e “objetos de bebê”, elaboradas pelas mães, puderam ser analisadas nos âmbitos afetivo e material, ancoradas na necessidade de proteção e cuidado do filho na luta pela sobrevivência, podendo ser associadas às RS sobre maternidade e sobre infância. Inicialmente foram permeadas por sentimentos inerentes à prematuridade, como a evocação da palavra “cuidado”, que está associada ao contexto da internação em UTIN, mas tiveram o “amor” e o “carinho” como bases. Após um ano de relacionamento como o filho, as RS sobre “objetos de bebê” apresentaram as palavras “brinquedo”, “chupeta” e “mamadeira”, o que pode ser analisado pelo ângulo da interpretação das dificuldades encontradas por essas mães para manter o AME, introduzindo a mamadeira, e para lidar com a sucção não nutritiva, disponibilizando a chupeta e

o brinquedo, visto que os brinquedos apropriados para o primeiro ano de vida tanto podem ser associados à RS sobre infância quanto à satisfação da SNN e exploração do meio ambiente por meio da sucção. A presença da palavra “chupeta” no núcleo central quando a RS foi avaliada aos 12 meses de idade dos bebês pode estar associada à influência cultural, ocasião em que a família já estava em casa e o bebê com a saúde restabelecida. Pode ter havido também uma interferência inicial do contexto da UTIN, onde havia restrição do uso da chupeta para os RNs internados.

O acompanhamento longitudinal das interações mãe-bebê para lidar com a sucção nutritiva e não nutritiva, em todas as fases da pesquisa, foi possível em 33 casos, evidenciando que o aleitamento materno foi reduzindo gradativamente, mas ainda estava presente em 24,2% dos casos aos 24 meses, enquanto o uso de mamadeira ainda se manteve alto nessa idade (69,7%), como hábito instituído para ajudar o bebê adormecer. O ato de colocar os dedos ou a mão na boca foi 100% aos seis meses, reduzindo para 87,9%, 57,6% e 48,5% respectivamente aos 12, 18 e 24 meses. O ato de colocar na boca objetos ou um tecido ainda ocorreu em 27,3% dos casos aos 24 meses. A sucção de chupeta também reduziu progressivamente de 51,5% aos seis meses (n=33) para 42,4% aos 12 e 18 meses, permanecendo aos 24 meses em 39,4%. Na percepção das mães houve redução da necessidade de sucção dos bebês em intensidade e frequência aos 24 meses, independente do tipo de sucção.

Entre as mães que amamentaram (n=29) 75,8% permitiam a sucção não nutritiva no peito, o que foi um fator de proteção relacionado à menor necessidade de SNN complementar, principalmente entre aquelas que mantiveram o

aleitamento materno além dos 12 meses de idade; nesse grupo estava o maior número de bebês que não usou chupeta, reforçando que seu uso pode ser consequência da ausência ou do menor tempo de aleitamento materno. A necessidade de sucção demonstrou ser de natureza intrínseca ao desenvolvimento do bebê ao longo dos primeiros dois anos de vida. Na ausência do aleitamento materno (parcial ou total) o bebê estabeleceu processos proximais autopracados para satisfação de sua necessidade de sucção, especialmente nos relatos aos seis e doze meses, como a sucção de lábio, língua e dedos, que podem se transformar em hábito pela recorrência do ato, e processos proximais estabelecidos com objetos em geral, também relacionados ao alívio dos sintomas da erupção dentária, como mordedores, brinquedos, tecido e chupeta, quando disponível. A interferência das mães e familiares foi intensa para impedir que o ato de colocar os dedos na boca se transformasse em hábito de sucção digital, de forma que ao final do estudo houve o relato de persistência desse hábito em somente um caso.

As características de temperamento calmo/tranquilo da mãe ao término do estudo foram mais frequentes nos casos em que seus bebês usavam chupeta, em comparação com o temperamento nervoso, agitado/irritado que foi mais frequente nos casos em que os bebês não usavam chupeta. A percepção das mães acerca das características de temperamento dos bebês reafirmou os atributos próprios ao período intenso de desenvolvimento que estes se encontravam, sendo que a maioria deles foi avaliada por suas mães como calmos aos seis meses de idade. Os primeiros relatos de teimosia surgiram aos 12 meses (9,1%), aumentaram aos 18 meses (42,5%) e mostraram tendência à redução aos 24 meses (24,2%),

quando a atuação de processos proximais cada vez mais complexos agiu favoravelmente para que a mãe conseguisse controlar esse comportamento do bebê. Entre os bebês que usaram chupeta predominaram as características de temperamento calmo/fácil de cuidar/independente e entre aqueles que não usaram chupeta foram mais frequentes os relatos de características de temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo. Entretanto, considerando a tentativa de oferta da chupeta, os resultados evidenciaram que os bebês do tipo calmo/fácil de cuidar/independente aceitaram mais facilmente a chupeta do que os bebês com características de temperamento agitado/bagunceiro/teimoso/agressivo, podendo-se inferir que ao invés de acalmar o bebê conforme o imaginário popular, na realidade os bebês que já seriam de temperamento mais calmo aceitariam mais facilmente a chupeta, ao passo que os mais agitados rejeitariam a chupeta ou sua aceitação estaria na dependência da insistência dos familiares.

O apoio social informal de familiares e vizinhos demonstrou ter influência indireta capaz de afetar a efetividade dos processos proximais. No grupo de participantes em que os bebês usavam chupeta, o número de pessoas em potencial para ajudar à mãe foi uma ou duas pessoas, enquanto que no grupo em que os bebês não usavam chupeta esse número era bem maior, entre três a sete pessoas, com diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, mesmo sendo em número menor de pessoas, esses familiares exerceram influência incentivando o uso de chupeta e poucos discordavam, especialmente quando a mãe estava inserida no mercado de trabalho e dependia de um familiar para

cuidar do bebê, reforçando a análise da influência cultural associada à oferta da chupeta.

Ao longo do acompanhamento longitudinal foi possível avaliar a influência dos quatro elementos da TBDH considerando os processos proximais como o mecanismo primário produtor do desenvolvimento. Considerando os processos proximais para lidar com o uso da chupeta, a maioria das mães se recordava sobre a orientação dos profissionais da UTIN para não disponibilizar a chupeta com vistas a evitar o desmame precoce e demonstraram sinais de ambivalência quando se referiam ao auxílio proporcionado pela chupeta para acalmar o bebê, mesmo cientes de que não se tratava de um hábito inócuo. Quando as mães controlaram o uso da chupeta, a contribuição desta para os processos proximais estava relacionada apenas à ajuda proporcionada para induzir o sono do bebê. Por outro lado, nos casos de uso irrestrito da chupeta, além do auxílio noturno, a criança se acalmava mais rápido, o que facilitava a resolução do choro, liberando a mãe para a execução de outras tarefas; o uso da chupeta nesses casos atuava, então, como redutor da qualidade dos processos proximais, porque diminuía a necessidade de pegar o bebê no colo e a frequência do aleitamento materno. Já a análise da evolução dos processos proximais, evidenciada pela maior complexidade nas relações mãe-bebê, demonstrou não haver interferência pelo uso ou não da chupeta, tendo sido mais efetivos quando as mães tinham maior escolaridade (EMC, ESI e ESC) e nas classes econômicas A e B.

Ao final do estudo, a previsão das mães sobre as dificuldades que serão enfrentadas quando forem remover o hábito de sucção de chupeta apresentou as mesmas características de influência do macrosistema que foram observadas

entre as mães dos bebês que não aceitaram a chupeta, quando demonstraram alívio por não terem que lidar com o momento relacionado à interrupção desse hábito, conclusão que elas chegaram somente com o decorrer dos dois primeiros anos de vida. Essa percepção demonstrou que o momento da retirada da chupeta pode ser uma condição estressante na vida da criança. Para minimizar essa situação é apropriado sugerir, partindo-se da perspectiva da TBDH, a participação efetiva em atividades apropriadas à idade da criança, com o envolvimento do núcleo familiar que até então estimulava o uso da chupeta.

Analisando do ponto de vista da teoria bioecológica o presente estudo teve seu foco nas respostas das mães acerca do desenvolvimento do seu filho, do seu próprio desenvolvimento como mãe e dos processos proximais estabelecidos com seu bebê ao longo dos 24 meses de acompanhamento. Devido à tenra idade dos bebês, uma das limitações do estudo foi justamente a avaliação da bidirecionalidade dos processos proximais. Entretanto, as próprias observações da pesquisadora, no diário de campo, nas filmagens aos 24 meses e na análise da coerência das respostas das mães a cada entrevista subsequente, foram satisfatórias para o entendimento do universo familiar de cada uma delas.

A percepção de que havia uma contribuição direta do estudo para o bebê pode ter ajudado nessa participação das mães e foi evidenciada na questão final aplicada a todas as participantes (n=33): O estudo deu alguma contribuição no seu modo de cuidar da criança? Na maioria dos casos as respostas envolveram os cuidados com os dentes, incluindo orientações de escovação, creme dental, restrição de açúcar e cuidados com a erupção dos dentes, além do próprio tratamento odontológico. Não foram efetuadas orientações quanto ao uso de

mamadeira e chupeta no decorrer do estudo, mas as próprias questões levaram à reflexão das mães, de forma que quatro se referiram que a contribuição do estudo foi a retirada da mamadeira, duas se referiram ao incentivo ao uso do copo e canudo e três se referiram a não deixar o bebê o tempo todo com a chupeta, porque elas sabiam que “ao final seria falado que estava errado”, ou então o relato de que “a senhora nunca falou nada, mas deu para entender que não é legal”. A contribuição de que houve melhor interação com o bebê e maior atenção em relação ao comportamento da criança foi lembrada por quatro participantes: 1) “(...) ficar mais perto dele, de ficar mais próximo a ele, participar das brincadeiras com ele. Acho que nesse modo, melhorou muito”; 2) “ (...) foi interessante porque você presta mais atenção em tudo (...)”; 3) “ (...) perceber, prestar atenção, avaliar o dia a dia, como é que está se comportando (...) então foi uma contribuição boa”; e 4) “(...) dar mais atenção (...) tentar educar mais ainda.” Ao final do estudo, todas as mães receberam orientações individualizadas quanto aos hábitos de sucção de dedo e chupeta e as crianças foram inseridas em um projeto de extensão universitária para continuar o acompanhamento odontológico.

Os resultados do presente estudo poderão contribuir na compreensão do universo de sentimentos das mães dos RNPTs internados em UTIN, de forma a subsidiar e reforçar o trabalho dos profissionais que lidam com essa realidade nos seus esforços em promover o vínculo mãe-bebê e a efetividade do processo de aleitamento materno. Considerando as especificidades discutidas quando à sucção nutritiva e não nutritiva nos RNPTs, nos primeiros seis meses de vida, os resultados deste estudo corroboram a indicação de equipes profissionais para apoio domiciliar às mães, visando a promoção do AME como pilar para as

interações iniciais mãe-bebê e redução da instalação de hábitos de sucção não nutritiva, como a sucção de dedo e chupeta. Nesse último caso, a motivação das mães com respeito às suas crenças e valores culturais deve ocorrer a partir da sugestão de métodos alternativos para lidar com o sono e o choro do bebê. Para os casos em que não for possível o AME, a necessidade de sucção não nutritiva deverá ser avaliada, de forma que a decisão pela introdução da chupeta seja para suprir uma necessidade inerente ao bebê, usada de forma restrita, promovendo processos proximais reforçadores para o desenvolvimento saudável, e não, simplesmente pela insistência dos familiares a partir de atitudes culturais reforçadoras para a manutenção de um hábito deletério de forma irrestrita que, nessa situação, poderá induzir à redução dos processos proximais.

Devido ao número reduzido de casos, não foi possível a generalização dos resultados, de forma que novas pesquisas se tornam necessárias para avaliar a interação mãe-bebê e uso de chupeta considerando, por exemplo, um contexto não relacionado à UTIN e à necessidade da complementação alimentar do recém-nascido. Pesquisas futuras também poderão ser produtivas para avaliar com maior número de participantes os resultados ora apresentados, tanto em população de crianças nascidas pré-termo quanto em crianças nascidas a termo, de forma a contribuir para gerar conhecimentos científicos que possam dar respaldo a uma forma de abordagem para lidar com a sucção não nutritiva que possa ser inserida no contexto cultural.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 2, n. 2, p. 75-78, 1993.

AGUIAR, K. F. et al. Remoção de hábitos de sucção não-nutritiva: integração da odontopediatria, psicologia e família. **Arquivos em odontologia**. v. 41, n. 4, p. 273-8, 2005.

ALBUQUERQUE, S. S. L. et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 371-378, 2010.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. Representações sociais masculinas de saúde e doença. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. (Orgs.). **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora, 2011. p. 99-128.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**, 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=46>> Acesso em: 21 de outubro de 2010.

ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 229-258.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223p.

BENEVENUTO DE OLIVEIRA, M. M. et al. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 23, n. 3, p. 269-74, 2007.

BISHARA, S. E., et al. Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first eight years of life. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 130, p. 31–36, 2006.

BRONFENBRENNER, U. Developmental ecology through space and time: A future perspective. In: MOEN, P.; ELDER JR. G H.; LUSCHER, K. **Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development**. Washington, DC: American Psychological Association, 1995. p. 619-647.

_____. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979/1996. p. 5-197.

_____. Ecological models of human development. In: POSTLETHWAITE, T. N. **International encyclopedia of education**. 2. ed. Vol. 3. Oxford: Pergamon Press/Elsevier Science, 1994. p. 1643-1647.

_____. The bioecological theory of human development. In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. **International Encyclopaedia of the Social and Behavioural Sciences**. Oxford: Elsevier, 2001. p. 6963-6970.

_____. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, Washington, v. 32, n. 7, p. 513-531, 1977.

_____. U. Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. **Child Development**, v. 45, n. 1, p. 1-5, 1974.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. **Psychological Review**, Washington, v. 101, n. 4, p. 568-586, 1994.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. W. Developmental science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. **Social Development**, v. 9, n.1, p. 115-125, 2000.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development**. New York: John Wiley & Sons, 2006. p. 793-828.

CAETANO, L. C.; FUJINAGA, C. I.; SCOCHI, C. G. S. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: Estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 11, n. 2, p. 232-6, 2003.

CAMARGO, M. C. F. de. Programa preventivo e interceptativo de maloclusões na primeira infância. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 171-172.

CAMARGO, B.; WACHELKE, J. The study of social representation systems: Relationships involving representations on aging, AIDS and the body. **Papers on Social Representations**, v. 19, p. 21.1-21.21, 2010.

COLLINS, C. T. et al. Effects of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 329, n. 7459, p.193-8, 2004.

DADALTO, E. C. V. **Hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta – Estudo seccional**. 1989. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989.

DADALTO, E. C. V. et al. Estratégias de promoção de saúde bucal para bebês. 2014. Disponível em <http://siex1.ufes.br/siex/AuditarProjeto.do?id=567> Acesso em 18 de junho de 2014.

DADALTO, E. C. V.; HOSTERT, P. C. C. P.; ROSA, E. M. Representação social de bebê entre mães de recém-nascidos prematuros. In: TRINDADE, Z. A. et al. (Orgs.). **Estudos em Representações Sociais**. Volume 1. Vitória: GM Editora, 2012. p. 98-104.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Aspectos culturais para a oferta da chupeta às crianças. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2013.

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística - Básica e clínica**, 3.ed. Porto Alegre: Mcgraw-hill Interamericana, 2003. p. 117-140.

DEGAN, V. V.; PUPPIN-RONTANI, R. M. Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. **Pró-fono**. v. 17, n. 3, p. 375-82, 2005.

DOISE, W. Da Psicologia Social à Psicologia Societal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 27-35, 2002.

ELSERAFY, F. A. et al. Oral sucrose and a pacifier for pain relief during simple procedures in preterm infants: a randomized controlled trial. **Ann Saudi Med**, v. 29, n. 3, p. 184-8, 2009.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. I. Neonatal state organization, neuromaturation, mother-infant interaction, and cognitive development in small-for-gestational-age premature infants. **Pediatrics**, Evanston, v. 118, n. 3, p. 869-878, 2006.

FERRINI, F. R.; MARBA, S. T.; GAVIÃO, M. B. Oral conditions in very low and extremely low birth weight children. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 75, n. 3, p. 235-242, 2008.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. P. 606-639.

GÓIS, E. G. O. et al. Influence of Nonnutritive Sucking Habits, Breathing Pattern and Adenoid Size on the Development of Malocclusion. **Angle Orthodontist**, v. 78, p. 647-654, 2008.

GREENBERG, C. S. A sugar-coated pacifier reduces procedural pain in newborns. **Pediatric Nursing**, v. 28, n. 3, p. 271-7, 2002.

GUARÇONI, M. P. **Prevalência de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior em crianças de dois a seis anos de idade inseridas no programa de saúde bucal do escolar do município de Serra/ES**. 2009. Monografia (Especialização em Ortodontia). Instituto de Ciências da Saúde – Faculdades Integradas do Norte de Minas (FUNORTE). Núcleo Vila Velha-ES, Vila Velha, 2009.

HAUCK, F. R.; OMOJOKUN, O. O.; SIADATY, M. S. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. **Pediatrics**, Evanston, v. 116, n. 5, e716-e723, 2005.

HOWARD, C. R. et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n. 3, p. 511-8, 2003.

IBIDI, S. M.; CARDOSO, L. E. M. B. Classificação do recém-nascido: cuidados com o RNPIG e RINGIG. In: VAZ, F. A. C. et al. **Neonatologia**. Barueri: Manole, 2011. P. 3-6.

JODELET, D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. **Cultura y Representaciones Sociales**, México, v. 3, n. 5, p. 32-63, 2008.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 232p.

LARSSON, E.; DAHLIN, K.G. The prevalence and the etiology of the initial dummy- and finger-sucking habit. **American Journal of Orthodontics**, v. 87, n. 5, p. 432-435, 1985.

LIMA, V. P.; MELO, A. M. Uso do copinho no alojamento canguru. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.10, n.1, 126-133, 2008.

LINDSTEN, R.; LARSSON, E. Pacifier-sucking and breast-feeding: a comparison between the 1960s and the 1990s. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 76, n. 3, p. 199-203, 2009.

LOZANO DE LA TORRE, M. J. et al. Uso del chupete y lactancia materna. **Anales Pediatría**, Barcelona, v. 74, n. 4, p. 271.e1-271.e5, 2011.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-569, 2009.

MARQUES, E. S. et al. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 261-281, 2010.

MARTINS, B. S. et al. Métodos usados para remoção dos hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta em crianças do município de Mutum-MG. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n. 4, p.19-25, 2010.

MASSLER, M. Oral habits: development and management. **Journal of Pedodontics**, v. 7, n. 2, p. 109-119, 1983.

MAUCH, C. E. et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study. **BMC Pediatrics**, London, v. 12, n. 7, p. 1-10, 2012.

MELNYK, B. M. et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized controlled trial. **Pediatrics**, Evanston, v. 18, n. 5, p. e1414-e1427, 2006.

MELNYK, B.M. et al. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. **Nursing Research**, New York, v. 57, n. 6, p. 383-94, 2008.

MENDES, A. C. R.; VALENÇA, A. M. G.; LIMA, C. M. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 11, n. 1, p. 67-75, 2008.

MITCHELL, E. A.; BLAIR, P. S.; L'HOIR, M. P. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 5, p. 1755-8, 2006.

MONTALDO, L. et al. Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 68-73, 2011.

MORGADO, C. M. C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2013.

MOSCOVICI, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. p. 29-109.

MÜLLER, F.S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 651-657, 2009.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple confusion: Toward a formal definition. **The Journal of Pediatrics**, v. 126, n. 6, p. S125-9, 1995.

NEIVA, F. C.; LEONE, C. R. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. **Pró-Fono**, Barueri, v. 18, n. 2, p. 141-159, 2006.

NELSON, A. M. A Comprehensive Review of Evidence and Current Recommendations Related to Pacifier Usage. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 27, p. 690–699, 2012.

NYQVIST, K. H.; EWALD, U. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants: identification of differences between breast,

cup- and bottle-feeding. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 85-86, 2006.

OLIVEIRA, A. B.; SOUZA, F. P.; CHIAPPETTA, A. L. Relação entre hábitos de sucção não-nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusão em crianças com dentição decídua. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 8, n.3, p. 352-359, 2006.

ØSTERGAARD, B. H. et al. An analysis of pattern of dental injuries after fall accidents in 0- to 2-year-old children – does the use of pacifier at the time of injury make a difference? **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, p. 397-400, 2011.

PADOVANI, F. H. et al. Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. **Psychological Reports**, Montana, v. 104, n. 2, p. 667-79, 2009.

PAUNIO, P.; RAUTAVA, P.; SILLANPÄÄ, M. The finnish family competence study: The effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old finnish children and the association between these habits and dental occlusion. **Acta Odontologica Scandinavica**, Oslo, v. 51, n. 1, p. 23-29, 1993.

PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológica em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 25-60.

PERES, K. G. et al. Social and biological early influences on the prevalence of open bite in Brazilian 6-year-olds. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 17, n. 1, p. 41-49, 2007.

POORE, M. et al. Patterned orocutaneous therapy improves sucking and oral feeding in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 97, n. 7, p. 920-927, 2008.

QUELUZ, M. C. et al. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 537-43, 2012.

ROMERO, C. C. et al. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. **Journal Appl. Oral Science**, v. 19, n. 2, p. 161-8, 2011.

ROSA, E. M.; TUDGE, J. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: its evolution from ecology to bioecology. **Journal of Family Theory & Review**, v. 5, n. 4, p. 243-258, 2013.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P de. Humanização em UTI neonatal: conjugando os aspectos tecnológicos e relacionais na assistência integral ao bebê e sua

família. In: GARCIA, A.; MACEDO.; T. A. NUNES, M. D. C. (Orgs). **Relações Interpessoais e Saúde**. 1. ed. Vitória: UFES, 2013. p. 107.

SÁ, C. P. A fundamentação teórica da pesquisa empírica. In:_____ **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998. p. 61-68.

SÁ, C. P. et al. A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 159-171, 2009.

SANTOS NETO, E. T. dos et al. Fatores associados ao surgimento da respiração bucal nos primeiros meses do desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 237-248, 2009.

SELMER-OLSEN, I. The pacifier: a story about comfort, rituals and aesthetification of childhood. **Childhood**, Copenhagen, v.14, n. 4, p. 521-35, 2007.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JR, J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 79-86, 1997.

SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

SOARES, M. E. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

TONKIN, S. L. et al. Effect of pacifier use on mandibular position in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 96, n. 10, p. 1433-1436, 2007.

TUDGE, J. R. H. et al. Uses and misuses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. **Journal of Family Theory & Review**. v. 1, n. 4, p. 198-210, 2009.

VALA, J. Representações sociais – Para uma Psicologia Social do Pensamento Social. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coords.), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

VASCONCELOS, K. M.; VIANA, K. M. P.; SANTOS, M. F. S. Pensando o método de pesquisa em representação social. In: RODRIGUES, M. M. P.; MENANDRO, P. R. M. (Orgs.). **Lógicas metodológicas** – Trajetos de pesquisa em Psicologia Vitória: GM Editora, 2007. p. 39-56.

VENSON, C.; FUJINAGA, C. I.; CZLUNIAK, G. R. Estimulação da sucção não nutritiva na “mama vazia” em bebês prematuros: relato de casos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 3, p. 452-7, 2010.

VERGÉS, P.; SCANO, S; JUNIQUE, C. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**: Manuel d'utilisateur Version 2.00. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie, 2000.

VERRASTRO, A. P. et al. Avaliação oclusal e miofuncional oral em crianças antes e após remoção do hábito de sucção de chupeta. **Brazilian Oral Research**, v. 20, p. 230, 2006.

VICTORA, C. G. et al. Pacifier use and short breast feeding duration: cause, consequence or coincidence. **Pediatrics**, Evanston, v. 99, n. 3, p. 445-453, 1997.

WAKELY, L. T.; RAE, K.; COOPER, R. Stoic survival: the journey of parenting a premature infant in the bush. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 10, n. 3, p. 1475, 2010.

WHITMARSH, J. The good, the bad and the pacifier: unsettling accounts of early years practice. **Journal of Early Childhood Research**, v. 6, n. 2, p. 145-62, 2008.

WORLD Health Organization. What is a preterm baby?, 2014. Disponível em <http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/en/> Acesso em: 08 de maio de 2014.

YILDIZ, A.; ARIKAN, D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 5-6, p. 644-656, 2011.

YILMAZ, F.; ARIKAN, D. The effects of various interventions to newborns on pain and duration of crying. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 20, n. 7-8, p.1008-1017, 2011.

ZARDETTO, C. G. C.; RODRIGUES, C. R. M. D.; STEFANI, F. M. Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children. **Pediatric Dentistry**, v. 24, p. 552-560, 2002.

ZIMMER, S. et al. Efficacy of a novel pacifier in the prevention of anterior open bite. **Pediatric dentistry**, v. 33, p. 52-55, 2011.

APÊNDICES



APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título da pesquisa: Hábitos comportamentais da criança nascida prematura e a interação mãe-bebê nos primeiros dois anos de vida.

2. Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Edinete Maria Rosa
Responsável pela coleta de dados: Doutoranda Elâine Cristina Vargas Dadalto

3. Justificativa: O estudo dos hábitos comportamentais em bebês prematuros é um tema pouco discutido pelos pesquisadores bem como os sentimentos maternos frente à prematuridade, a interrelação mãe-bebê, a rede social de apoio e como as mães percebem e interferem na instalação e manutenção desses hábitos.

4. Objetivos: O propósito é estudar hábitos comportamentais na interação mãe-bebê prematuro e sua associação com: 1) aspectos demográficos, econômicos, sociais e culturais; 2) rede social de apoio à díade mãe-bebê prematuro; 3) contextos do desenvolvimento.

5. Procedimentos: As mães dos recém-nascidos responderão a um questionário sobre dados demográficos, econômicos, sociais e culturais. Quando os bebês atingirem a idade de 6, 12, 18 e 24 meses serão aplicadas entrevistas orientadas para os objetivos da pesquisa. Estas entrevistas coincidirão com as visitas odontológicas semestrais de rotina do bebê à Clínica de Odontopediatria da UFES, para atendimento preventivo.

6. Desconforto e/ou riscos esperados: A pesquisa será realizada por um profissional preparado e seguirá todas as normas exigidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Não se prevê riscos, mas caso haja algum desconforto será oferecido atendimento psicológico em caráter emergencial no Núcleo de Psicologia Aplicada da UFES.

7. Benefícios: Os resultados contribuirão para a ampliação do conhecimento sobre intervenções em cuidados primários e promoção da interação mãe-bebê pré-termo. Os resultados serão divulgados aos participantes em palestra a ser agendada, com enfoque nas orientações sobre o desenvolvimento do bebê em contextos saudáveis.

8. Informações adicionais: Não haverá qualquer custo financeiro para os voluntários. As passagens de ônibus serão custeados pela pesquisadora, nos dias agendados para a entrevista com a mãe. A pesquisadora firma compromisso de preservar a identidade da mãe e da criança. A participação na pesquisa é voluntária e a sua participação poderá ser encerrada a qualquer momento, sem prejuízo para o atendimento odontológico da criança, seguindo-se os critérios da Clínica de Odontopediatria da UFES. Qualquer dúvida relacionada à pesquisa poderá ser esclarecida pessoalmente com a pesquisadora ou pelo telefone (27) 9989 4090, ou ainda por meio de contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES pelo telefone 3335-7211 ou internet (www.ccs.ufes.br/cep ou cep@ccs.ufes.br).

10. Consentimento:

Eu, _____, certifico que conhecendo as informações sobre a pesquisa, concordo com minha participação, bem como autorizo o uso dos dados em publicações científicas.

- não autorizo autorizo a utilização de gravador de voz.
 não autorizo autorizo a realização de fotografias e filmagem com o bebê
 não concordo concordo com a minha participação na pesquisa semestral
 não autorizo autorizo a realização de visita domiciliar, se necessária.

Assinatura: _____
RG/CPF: _____ Data: ____/____/____



APÊNDICE A1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (responsável)

1. Título da pesquisa: Hábitos comportamentais da criança nascida prematura e a interação mãe-bebê nos primeiros dois anos de vida.

2. Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Edinete Maria Rosa
Responsável pela coleta de dados: Doutoranda Elâine Cristina Vargas Dadalto

3. Justificativa: O estudo dos hábitos comportamentais em bebês prematuros é um tema pouco discutido pelos pesquisadores bem como os sentimentos maternos frente à prematuridade, a interrelação mãe-bebê, a rede social de apoio e como as mães percebem e interferem na instalação e manutenção desses hábitos.

4. Objetivos: O propósito é estudar hábitos comportamentais na interação mãe-bebê prematuro e sua associação com: 1) aspectos demográficos, econômicos, sociais e culturais; 2) rede social de apoio à díade mãe-bebê prematuro; 3) contextos do desenvolvimento.

5. Procedimentos: As mães dos recém-nascidos responderão a um questionário sobre dados demográficos, econômicos, sociais e culturais. Quando os bebês atingirem a idade de 6, 12, 18 e 24 meses serão aplicadas entrevistas orientadas para os objetivos da pesquisa. Estas entrevistas coincidirão com as visitas odontológicas semestrais de rotina do bebê à Clínica de Odontopediatria da UFES, para atendimento preventivo.

6. Desconforto e/ou riscos esperados: A pesquisa será realizada por um profissional preparado e seguirá todas as normas exigidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Não se prevê riscos, mas caso haja algum desconforto será oferecido atendimento psicológico em caráter emergencial no Núcleo de Psicologia Aplicada da UFES.

7. Benefícios: Os resultados contribuirão para a ampliação do conhecimento sobre intervenções em cuidados primários e promoção da interação mãe-bebê pré-termo. Os resultados serão divulgados aos participantes em palestra a ser agendada, com enfoque nas orientações sobre o desenvolvimento do bebê em contextos saudáveis.

8. Informações adicionais: Não haverá qualquer custo financeiro para os voluntários. As passagens de ônibus serão custeados pela pesquisadora, nos dias agendados para a entrevista com a mãe. A pesquisadora firma compromisso de preservar a identidade da mãe e da criança. A participação na pesquisa é voluntária e a sua participação poderá ser encerrada a qualquer momento, sem prejuízo para o atendimento odontológico da criança, seguindo-se os critérios da Clínica de Odontopediatria da UFES. Qualquer dúvida relacionada à pesquisa poderá ser esclarecida pessoalmente com a pesquisadora ou pelo telefone (27) 9989 4090, ou ainda por meio de contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES pelo telefone 3335-7211 ou internet (www.ccs.ufes.br/cep ou cep@ccs.ufes.br).

10. Consentimento:

Eu, _____, certifico que conhecendo as informações sobre a pesquisa, concordo com a participação da minha filha _____, bem como autorizo o uso dos dados em publicações científicas.

- não autorizo autorizo a utilização de gravador de voz.
 não autorizo autorizo a realização de fotografias e filmagem com o bebê
 não concordo concordo com a minha participação na pesquisa semestral
 não autorizo autorizo a realização de visita domiciliar, se necessária.

Assinatura: _____

RG/CPF: _____ Data: ____/____/____



APÊNDICE B COLETA DE DADOS NEONATAIS

DATA: ___/___/___

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES OBTIDAS DO PRONTUÁRIO No. _____

Maternidade: _____

Usuário do leito UTIN: () particular () plano de saúde () SUS

Nome da criança: _____

Nome da mãe: _____

Cidade de Residência: _____

Data de Nascimento do recém-nascido: ___/___/___

1. Sexo: () masculino () feminino () indeterminado

2. Idade gestacional pós-conceptual do bebê: _____ semanas. 3. Tipo de parto: () transvaginal () operatório

4. Peso ao nascimento: _____ gramas. 5. Apgar 1º /5º minuto (escore): _____

6. Malformação congênita: () não () sim. Qual? _____

7. Motivo pelo qual o bebê nasceu prematuro: () mãe usuária de medicamentos/drogas: _____ () _____

8. Tempo total de internação na UTIN: _____ dias. Entrada: ___/___/___ Saída: ___/___/___

9. Tempo total de uso de sonda orogástrica: _____ dias. De ___/___/___ até ___/___/___

10. Alimentação por sucção: Início: ___/___/___ Total: _____ dias. Tipo: () peito () copo () mamadeira

11. Amamentação no peito: () Não () Sim. Início: ___/___/___ Total: _____ dias de vida.

OBS: _____

RESUMO DA INTERNAÇÃO:



APÊNDICE C ENTREVISTA COM A MÃE NO CONTEXTO DA UTIN

Maternidade: _____

Usuário do leito UTIN: () particular () plano de saúde () SUS.

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

Data da entrevista: ___/___/____

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS, CULTURAIS E SOCIAIS

1. Idade da mãe: ____ anos.

Endereço: _____ Bairro: _____

2. Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: () próprio: _____ / _____ () contato: _____

Telefone de algum parente: _____

E-mail: _____

3. Naturalidade da mãe: () Grande Vitória: _____ () interior ES _____
() Outro Estado _____ () Outro país _____

4. Grau de escolaridade materno:

() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo (1ª à 8ª série)

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo (2º Grau)

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo: _____

5. Ocupação profissional da mãe: () do lar () estudante () trabalho formal _____
() autônomo _____ () trabalho informal _____

6. Horário de trabalho: () integral () meio-expediente. Horário: _____
() em casa () esporádico () Por escala: () Dia () Noite () não se aplica

7. Por quanto tempo se ausenta de casa para trabalhar, incluindo o transporte? _____

8. Número total de filhos (incluindo o bebê): _____

9. Ordem de nascimento: O recém-nascido é () 1º filho () 2º filho () ____ filho

10. União civil: () União estável () solteira () separada/divorciada () viúva

11. Renda Familiar: () até 1 salário-mínimo () +1 a 2 sal. () +2 a 3 () +3 a 5 sal. () +5 a 10 sal. () + 10 salários

12. A residência atual é () própria () alugada () _____

13. Quantos cômodos tem a residência? _____

14. O bebê terá um quarto próprio? () sim () não: _____

REDE SOCIAL DE APOIO:

15. O pai reside na mesma casa? () sim () não

Escolaridade do pai: _____ Ocupação profissional: _____

16. Existem outras pessoas (além de pai e filhos) que moram na mesma casa? () não () sim:

17. Existe alguma pessoa da família para apoio no cuidado com o bebê? () não () sim:

18. Alguma pessoa terá remuneração para cuidar do bebê? () não () sim: _____

19. Tem alguém para ajudá-la: Preparar refeições () não () sim

Fazer compras () não () sim Limpar a casa () não () sim

Cuidar de outros filhos () não () sim () não tem outros filhos

20. Se necessário, existe alguma pessoa na vizinhança para ajudar no cuidado do bebê?

() não () sim: _____

21. A sua família mora na mesma região da sua residência? () não () sim

22. A família do pai mora na mesma região da sua residência? () não () sim

23. Vocês convivem com os parentes? () não () sim. Qual a frequência? _____

CONHECIMENTOS DA MÃE QUANTO À SUCÇÃO NUTRITIVA E NÃO-NUTRITIVA:

24. Foram realizadas consultas pré-natais? () não () sim. Quantas? _____

Você teve algum problema na gestação?

25. Você teve algum tipo de orientação sobre amamentação? Qual? _____

Quem orientou? _____

Quando? () pré-natal () após nascimento

Você foi orientada no pré-natal para o preparo do bico do peito para amamentação?

() não () sim.

26. Você já amamentou outro filho? () não () sim. Quanto tempo? _____

Como foi sua experiência? _____

27. Quais palavras vêm a sua mente quando eu falo a palavra bebê? Responda 5.

_____ / _____ / _____ / _____ / _____

28. Quais objetos você associa com a imagem de um bebê? Responda 5.

_____ / _____ / _____ / _____ / _____

29. O que ajuda a fazer um bebê parar de chorar? _____

30. O que ajuda a fazer um bebê dormir? _____

31. Quais os benefícios ou vantagens que você acha que a amamentação traz para a criança e para a mãe? Por quê? _____

32. Quais os benefícios ou vantagens do uso da chupeta para a criança e para a mãe? Por quê?

33. Quais os benefícios ou vantagens do hábito de sucção de dedo para a criança e para a mãe? Por quê?

34. Quais os prejuízos ou desvantagens da amamentação para a criança e para a mãe? Por quê?

35. Quais os prejuízos ou desvantagens do uso da chupeta para a criança e para a mãe? Por quê?

36. Quais os prejuízos ou desvantagens do hábito de sucção de dedo para a criança e para a mãe? Por quê?

37. A mamadeira foi incluída no enxoval do bebê? () não () sim. Por quê?

() comprou? () ganhou?

38. A chupeta foi incluída no enxoval do bebê? () não () sim. Por quê?

() comprou? () ganhou?

SOBRE A INTERNAÇÃO E A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ:

39. Como você está vivenciando a internação do bebê?

40. Você já tinha informação, durante a gravidez, de que a criança iria ficar na UTIN?

() Não. Mas você pensou nessa possibilidade? _____

() Sim. Você se preparou para esse momento? () não () sim. Como?

41. Com que frequência você fica junto com o bebê (no hospital)?

() **diária** _____ horas () **frequente** _____ dias por semana _____ horas

() **esporádica** _____ dias por mês _____ horas

A frequência diária foi desde o início? _____

Por que as visitas não são diárias? _____

42. Você acha que este tempo é suficiente para estabelecer vínculo com o bebê?

() não. Por quê? _____ () sim _____

43. Como você procura estabelecer o vínculo com o bebê?

44. Qual o sentimento quando você está junto do bebê?

45. Você percebe alguma mudança no bebê quando ele está junto de você?

() não () sim. _____

46. Qual a consequência que você acha que o período de internação terá na relação entre mãe e bebê?

47. Tem alguém da sua família para apoio quanto às visitas ao hospital?

() não () sim. Quem? _____

48. O pai faz visitas ao bebê? () não () sim. Qual frequência? _____

49. Que tipo de apoio você está recebendo da equipe hospitalar?

ASPECTOS AMBIENTAIS: (pessoa, símbolo, objetos)

50. Descreva o ambiente da UTIN. Qual a sua percepção do ambiente?

51. O que você gosta mais neste espaço? _____

52. O que você menos gosta neste espaço?

RELACIONAMENTO COM A EQUIPE:

53. Com quem você se relaciona melhor aqui? _____

54. Quem dá mais apoio a você? _____

55. Você participou ou percebeu qual procedimento foi realizado pela equipe para alívio da dor do bebê? não. _____

sim. Qual? _____

56. Você participou ou percebeu qual procedimento foi realizado para estimular a sucção do bebê? não. sim. Qual? _____

APÊNDICE D**CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL 2010****POSSE DE ITENS**

ITENS / QUANTIDADE	0	1	2	3	4 ou+
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (independente ou geladeira duplex)					

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA

- Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental**
- Até 4ª série Fundamental**
- Fundamental completo (ou Médio incompleto)**
- Médio completo (ou Superior incompleto)**
- Superior completo**

RESULTADO: _____ pontos.



APÊNDICE E PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DA UTIN:

Maternidade: _____

DESCRIÇÃO DO AMBIENTE DA UTIN: _____

ENTREVISTA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE:

Entrevistado: _____

1- Quais as atividades desenvolvidas pela equipe da UTIN com o bebê prematuro, horários e tempo de execução? Existe diferença entre os procedimentos noturnos e os de fins de semana em relação aos procedimentos em dias úteis?

2- Qual o protocolo de alívio da dor na UTIN?

3- A mãe participa ou percebe a realização desses procedimentos?

Por que é pedido que a mãe saia da sala nesses momentos?

4- Existe contato do bebê com chupeta industrializada na UTIN?

() sim () não. Por quê? _____

5- Na rotina da UTIN é feita alguma orientação sobre uso de chupeta?

() não () sim. Qual? _____

Quem faz orientação? _____

O uso de chupeta é proibido na UTIN? _____

Já aconteceu de alguma mãe querer que seu bebê use? _____

6- O dedo de luva preenchido com algodão é usado na UTIN em alguma outra situação além do alívio da dor? () não () sim.

7- Durante o período de uso da sonda orogástrica é realizado algum tipo de estimulação da sucção? () não () sim. Qual?

E durante o período da sonda nasogástrica?

8- A mãe participa ou percebe a realização desse procedimento?

() não () sim _____

() o procedimento não é realizado nesta fase.

9- Qual o protocolo para início da alimentação oral? Qual o tipo de alimento é introduzido primeiro? _____

10- Protocolo para início da amamentação no peito:

As mães são instruídas para retirar o leite? ____ Como? _____

Em que momento é liberado o início da amamentação no peito?

Qual profissional acompanha o início da amamentação?

11- De uma maneira geral as mães procuram informações sobre a saúde da criança? Quem está autorizado a responder? _____

12- Qual a frequência de contatos mãe-bebê esperada pela equipe da UTIN?

Qual o horário disponível para a mãe? _____

O hospital dispõe de alojamento para o método mãe-Canguru?

Como é o critério de disponibilização desse alojamento?

13- Em que momento a mãe pode tocar o bebê?

14- Em que momento a mãe pode pegar o bebê no colo?

15- De uma maneira geral, qual a observação que você faz sobre a relação da mãe com o bebê durante o período da UTIN?

Alto risco:

Médio risco:

16- Vocês observam reação diferente no bebê quando a mãe está presente?



APÊNDICE F COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO APÓS ALTA HOSPITALAR, OFERTA DA CHUPETA E REDE SOCIAL DE APOIO

DATA: __/__/__

Maternidade: _____

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

Idade do bebê: _____

Entrevista de: () 6 meses () 12 meses () 18 meses () 24 meses

NOS HORÁRIOS EM QUE VOCÊ FICAVA NA UTIN:

- a) Você viu se a chupeta foi usada por algum bebê (pré-termo ou não)? () não () sim. Em qual situação?

- b) Você viu se para algum bebê eles colocaram uma espécie de chupeta feita com luva e algodão? () não () sim. Em qual situação?

- c) Você viu se foi usada no seu bebê? () não () sim. Em qual situação? -

- d) Como foi orientada a alimentação do seu bebê no dia da alta do hospital?
() aleitamento materno exclusivo () chupa/mamadeira () outro: _____
() aleit. materno + complemento _____ oferecido por meio de () copo/xícara
() chupa () _____

SAÚDE GERAL E TEMPERAMENTO DA CRIANÇA NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

1. Qual o estado atual de saúde? () bom () alterações: _____
2. Teve alguma alteração de saúde nos últimos 6 meses? () não () sim _____
3. A criança precisou de nova internação hospitalar, após a saída da UTIN?
() não () sim. Motivo: _____ Quanto tempo? _____
4. Na maioria das vezes, como se apresentou o temperamento do bebê?

SAÚDE GERAL E TEMPERAMENTO DA MÃE NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

5. Qual o seu estado atual de saúde? () bom () alterações: _____
6. Teve alguma alteração na sua saúde geral nos últimos 6 meses? () não () sim

7. Nos últimos 6 meses, teve algum acontecimento marcante na sua vida? () não () sim. _____
Foi positivo ou negativo? _____

8. Nos últimos 6 meses, você teve sentimentos de: desgosto () sim () não
cansaço () sim () não trabalho pesado () sim () não
depressão () sim () não necessidade de ficar só () sim () não () nenhum desses
sentimentos () outros sentimentos: _____

Buscou ajuda para superar? _____ Com quem? _____
Resolveu? _____

9. E sentimentos positivos (alegria, disposição)? () não () sim. Quais?

10. Teve nova gravidez? () não () sim. _____

11. Na maioria das vezes dos últimos 6 meses, como se apresentou o seu temperamento? _____

RELACIONAMENTOS:

12. A criança já reconhece as pessoas da família?
a mãe () não () sim. A partir de _____
o pai () não () sim. A partir de _____
os irmãos () não tem irmãos () não () sim. A partir de _____
Outros pessoas _____

13. A quem ela recorre com mais frequência quando precisa de ajuda? () a mãe
() o pai () os irmãos () Outras pessoas _____

ALIMENTAÇÃO:

14. Como foi ofertada a alimentação do bebê nos últimos 6 meses?
Aleitamento materno () não () sim. Idade inicial: _____ Idade final: _____
mamadeira: () não () sim. Idade inicial: _____ Idade final: _____
chupa para água/suco: () não () sim. Idade inicial: _____ Idade final: _____
prato e colher: () não () sim. Idade inicial: _____
copo de treinamento: () não () sim. Idade inicial: _____ Idade final: _____
copo: () não () sim. Idade inicial: _____

AMAMENTAÇÃO:

15. Você amamentou o bebê?
() não. Qual o motivo? _____ **Neste caso passe para a**
questão nº 20 () sim. Até _____ () ainda amamenta.

16. A amamentação exclusiva foi até que idade?

17. Houve alguma dificuldade em estabelecer ou manter a amamentação? () não () sim.
Qual? _____
Buscou ajuda? () não () sim. De quem? _____
Foi satisfatória? _____

18. Você sentiu algum desconforto ao amamentar? () não () sim.

19. Você permite ou permitia que o bebê continuasse no peito mesmo se ele não estivesse sugando forte (sucção não nutritiva): () sim. Por quê? _____ () não. Por quê?

19x. Em caso de uso de Mamadeira: Você observou alguma alteração na forma do bebê mamar no peito após o uso da mamadeira? () sim _____ () não
() foram fases diferentes (não coincidiu)

SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

20. Você recebeu orientação profissional sobre uso de chupeta para o bebê? () não () sim.
Quem orientou? () médico () dentista () enfermeiro () psicólogo
() fonoaudiólogo
() entrevistas de profissionais em () rádio () televisão () revista () jornal () internet
() _____

Qual foi a orientação? () não dar chupeta porque _____
() dar a chupeta porque _____
() dar a chupeta mas usar o mínimo possível porque _____
() parar de usar a chupeta porque _____

21. Alguém **tentou** fazer o bebê se acostumar com a chupeta? () não () sim.
Quem? _____ Por quanto tempo? _____

22. O bebê usa ou usou chupeta?
() não. Por que você não ofereceu? _____
Alguém sugeriu que você deveria ter dado a chupeta? _____ Quem? _____
(neste caso passe para a questão nº 31)

() sim. Idade inicial: _____ Idade Final: _____ **(Se a criança parou, passe para a questão 30)**
() continua a usar chupeta

23. Atualmente a criança tem quantas chupetas?

24. Quem conseguiu acostumar o bebê com a chupeta? _____
Como conseguiu? _____

25. Na família quem mais incentiva o uso da chupeta?

26. Alguém do seu convívio discorda sobre o uso de chupeta (acha que não deveria ter dado)?
() não () sim. Quem? _____

27. Qual a frequência de oferta da chupeta: () dia () somente à noite () dia e noite

Dia: () a qualquer hora () até 1 hora de uso total por dia () _____ horas

() para adormecer no sono diurno () durante todo o sono diurno

Noite: () usa só para adormecer o bebê, depois retira a chupeta () a noite toda

28. Por que você ofereceu e/ou manteve a chupeta para o bebê?

() porque toda criança usa () acalmar o bebê () ajudar para dormir mais à noite

() experiência extra de sucção () _____

29. Você observou alguma alteração na forma do bebê mamar no peito após uso da chupeta?

() sim () não () o bebê não mamou no peito () foram fases diferentes (não coincidiu)

30. Caso a criança não use mais a chupeta: Como parou o hábito?

31. Como tem sido o uso de chupeta entre as crianças da família?

Mãe usou na infância () sim () não () não sabe Pai usou na infância () sim
() não () não sabe Irmãos usaram () sim () não () não tem irmãos
Primos usaram () sim () não () não sabe () _____

32. O bebê coloca os dedos ou a mão na boca? () não () raramente () frequentemente

33. Você tenta evitar que ele fique chupando dedo? () não () sim. Como?

34. Ele tem ou já teve hábito de sugar dedo? () não () sim. Qual dedo?

_____ Idade inicial: _____ Idade Final:

35. O bebê coloca algum objeto na boca para sugar (exceto chupeta)? () não () sim: O quê?

36. O bebê usou luvas? () não () sim. Por quê?

Até que idade? _____

37. Você percebeu se o bebê fica frequentemente sugando () lábio () língua () bico da mamadeira (após término do líquido) () roupa/outro tecido () _____ () nenhum deles

38. De uma maneira geral, você percebeu se a necessidade de sucção do bebê modificou nos últimos 6 meses? () Está com a mesma intensidade () Está diminuindo () Está aumentando () Não existe mais () Não sei responder/não prestei atenção

39. Quando a criança apresenta maior necessidade de sucção?

Quando vai dormir? () não () sim Quando é contrariada? () não () sim

Quando está com fome? () não () sim Outro: _____

Quando em presença de situações desconhecidas () não () sim ou pessoas estranhas?
() não () sim

REDE SOCIAL DE APOIO:

40. O pai reside na mesma casa? () sim () não. Ocupação profissional: _____

41. Qual a participação do pai nos cuidados com a criança?

- acorda à noite: () não () sim: () às vezes () sempre que você precisa

- ajuda no banho/troca de fralda: () não () sim: () às vezes () sempre que você precisa

- consegue acalmar a criança: () não () sim: () às vezes () sempre que você precisa

- brinca com o bebê: () não () sim: () às vezes () sempre

- fica incomodado ou irritado com o choro: () não () sim: () às vezes () sempre

42. Existem outras pessoas (além de pai e filhos) que moram na mesma casa?

() não () sim:

43. Você está trabalhando fora de casa? () não () sim. Ocupação profissional: _____
Por quanto tempo se ausenta de casa, incluindo o transporte? _____

44. O bebê fica em creche? () não () sim. Quantas horas? _____

45. Existe alguma pessoa para apoio no cuidado com o bebê? () não () sim:

46. Alguma pessoa tem remuneração para cuidar do bebê? () não () sim

47. Tem alguém para ajudá-la: Preparar refeições () não () sim

Fazer compras () não () sim Limpar a casa () não () sim Cuidar de outros
filhos () não () sim () não tem outros filhos Quem? _____

48. Se necessário, existe alguma pessoa na vizinhança para ajudar no cuidado do bebê?

() não () sim: _____

49. As pessoas do seu círculo de convivência fazem alguma observação sobre seus cuidados com o bebê? () não () sim. Quem? _____ Sobre o quê? _____

HÁBITOS DE SONO:

50. A criança tem quarto próprio? () sim () não. Dorme em que local? _____

51. A criança tem cama própria? () sim () não. Dorme aonde? _____

52. Dorme na cama dos pais? () não () sim. _____

53. A criança acorda à noite? () não () às vezes () sim. Quantas vezes? _____

54. Toma mamadeira de madrugada? () não () sim. Quantas vezes? _____

55. Mama no peito de madrugada? () não () sim. Quantas vezes? _____

OUTROS HÁBITOS BUCAIS:

56. A criança dorme de boca aberta? () não () sim.

57. Durante o dia, está frequentemente de boca aberta? () não () sim.

58. Já está falando? () não () sim. Projeta a língua entre os dentes para falar?
() não () sim () não observou

59. Fica rangendo os dentes? () não () sim () não observou () não tem dentes

60. Rói unhas? () não () sim. () não tem dentes

61. Dorme com a mão embaixo do travesseiro ou do rosto? () não () sim.

62. Tem hábito de usar o mesmo "paninho"? () não () sim. Como? _____

63. Tem outro hábito? _____



APÊNDICE G ENTREVISTA COMPLEMENTAR

DATA: __/__/__

Maternidade: _____

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

Idade do bebê: _____

Entrevista de: () 6 meses () 12 meses () 18 meses () 24 meses

USO DE CHUPETA () NÃO () SIM () JÁ PAROU DE USAR CHUPETA

DIVISÃO DAS QUESTÕES CONFORME MODELO PPCT DA TEORIA BIOECOLÓGICA:

PROCESSO:

01. Como foi o período da amamentação? () amamentou () não amamentou () ainda amamenta

02. Qual o seu sentimento ao amamentar?

03. Como você avalia a sua interação com o seu bebê?

04. Vocês passam muito tempo juntos?

05. Qual período do dia vocês mais passam juntos? _____ O que fazem neste período? Descreva um pouco a relação de vocês.

06. Você envolve o bebê nas atividades que você realiza? _____ Em quais atividades? _____

Como é a participação dele? _____

07. O que você mais gosta de fazer em companhia de seu bebê? Conte detalhes.

Você percebe que ele participa? _____ Quais sinais que ele te dá?

08. Como o pai participa do dia-a-dia do bebê?

09. Alguma vez o bebê já solicitou sua atenção e você não pode dar? _____

Quando? _____

O que você sentiu? _____

O que o bebê fez alternativamente?

10. Você corrige o comportamento de seu bebê? _____

Como? _____

11. De uma maneira geral, como você consegue fazer o bebê parar de chorar?

12. Na maioria das vezes, qual a forma que você usa para ajudar o bebê a dormir? _____

Sempre funciona?

Para os casos de não uso de chupeta:

13. O que contribuiu no seu relacionamento com o bebê o fato de não ter dado a chupeta para o bebê?

14. Houve algum ponto negativo no seu relacionamento com o bebê o fato de não ter dado a chupeta para o bebê?

Para os casos de uso de chupeta:

15. O que contribuiu no seu relacionamento com o bebê o fato de dar a chupeta para o bebê?

16. Houve algum ponto negativo no seu relacionamento com o bebê o fato de dar a chupeta para o bebê?

17. Você dá a chupeta para o bebê toda vez que ele quer? Porquê? _____

Ele reclama? _____

É desgastante para você?

18. Você dá a chupeta para o bebê mesmo se ele não pede?

Caso a criança não use mais a chupeta:

19. Como parou o hábito? _____

20. Descrever minuciosamente se houve sofrimento da mãe, da criança, o que fazia quando a criança chorava solicitando a chupeta

21. A criança apresentou alguma alteração no comportamento?

PESSOA:

22. Das suas características pessoais, qual a que você considera como positiva para lidar com seu bebê nos últimos 6 meses?

23. Das suas características pessoais, qual a que você considera como negativa para lidar com seu bebê nos últimos 6 meses?

24. Das características pessoais da criança, qual ou quais você considera que tornou mais **fácil** para os cuidados com ele nos últimos 6 meses?

25. Das características pessoais da criança, qual ou quais você considera que tornou mais **difícil** para os cuidados com ele nos últimos 6 meses?

Para os casos de não uso de chupeta:

26. O fato do seu bebê não usar chupeta trouxe alguma mudança na sua vida?
 não sim. Descreva: _____

Para os casos de uso de chupeta:

27. O fato do seu bebê usar chupeta trouxe alguma mudança na sua vida?
 não sim. Descreva: _____

CONTEXTO: Avaliação dos últimos 6 meses

28. Durante o dia, quais os ambientes que a criança fica por 1 hora ou mais:

- | | |
|--|---|
| a. <input type="checkbox"/> dentro do quarto | g. <input type="checkbox"/> casa dos avós ou parentes adultos |
| b. <input type="checkbox"/> dentro de casa | h. <input type="checkbox"/> casa de vizinhos |
| c. <input type="checkbox"/> quintal da casa | i. <input type="checkbox"/> casa de outras crianças |
| d. <input type="checkbox"/> áreas comuns de edifício | j. <input type="checkbox"/> comércio dos pais |
| e. <input type="checkbox"/> na rua, perto de casa | k. <input type="checkbox"/> creche integral |
| f. <input type="checkbox"/> parque infantil | l. <input type="checkbox"/> creche parcial |
| m. <input type="checkbox"/> _____ | |

29. Qual desses ambientes você acha que tem maior influência sobre o desenvolvimento do seu bebê? _____

30. O que ela mais gosta de fazer nestes ambientes?

31. Com quais objetos ela brinca em casa?

32. Quais os objetos que ela tem disponível para colocar na boca?

Para os casos de uso de chupeta:

33. A chupeta fica em local de fácil acesso para a criança? _____ Onde fica? _____

34. Você amarra alguma coisa na chupeta? _____ Por quê?

() fralda _____

() cordão _____

() prendedor de chupeta _____

() _____

35. Como é feita a higiene da chupeta? Quantas vezes? _____

36. Quando a criança está com a chupeta na boca, ela interage com o ambiente?

Assiste televisão? () sim () não Brinca? () sim () não

Fala? () não () ainda não está falando

() sim. As pessoas entendem o que ela diz? _____

TEMPO:

A influência do elemento Tempo será efetuada ao longo dos dois anos de acompanhamento da pesquisa



APÊNDICE H

QUESTÃO FINAL APLICADA A TODAS AS PARTICIPANTES DA PESQUISA:

DATA: ___/___/___

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

O estudo deu alguma contribuição no seu modo de cuidar da criança?

Alimentação do bebê: _____

Uso de chupeta: _____

Retirada da chupeta: _____

Outro:



APÊNDICE I REGISTRO DOS RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UTIN

HOSPITAL: _____

Criança: _____ Data Nasc. ___/___/___ Peso _____ Id Gest. _____ Sem. _____
 Mãe: _____ Cidade: _____
 Leito no. _____ () alto rico 1 () alto risco 2 () médio risco
 Participação na pesquisa: () sim () não. Motivo: _____
 Prontuário no. _____ () Entrevista com a mãe () Entrevista com equipe CÓDIGO : _____

Criança: _____ Data Nasc. ___/___/___ Peso _____ Id Gest. _____ Sem. _____
 Mãe: _____ Cidade: _____
 Leito no. _____ () alto rico 1 () alto risco 2 () médio risco
 Participação na pesquisa: () sim () não. Motivo: _____
 Prontuário no. _____ () Entrevista com a mãe () Entrevista com equipe CÓDIGO : _____

Criança: _____ Data Nasc. ___/___/___ Peso _____ Id Gest. _____ Sem. _____
 Mãe: _____ Cidade: _____
 Leito no. _____ () alto rico 1 () alto risco 2 () médio risco
 Participação na pesquisa: () sim () não. Motivo: _____
 Prontuário no. _____ () Entrevista com a mãe () Entrevista com equipe CÓDIGO : _____

Criança: _____ Data Nasc. ___/___/___ Peso _____ Id Gest. _____ Sem. _____
 Mãe: _____ Cidade: _____
 Leito no. _____ () alto rico 1 () alto risco 2 () médio risco
 Participação na pesquisa: () sim () não. Motivo: _____
 Prontuário no. _____ () Entrevista com a mãe () Entrevista com equipe CÓDIGO : _____

Criança: _____ Data Nasc. ___/___/___ Peso _____ Id Gest. _____ Sem. _____
 Mãe: _____ Cidade: _____
 Leito no. _____ () alto rico 1 () alto risco 2 () médio risco
 Participação na pesquisa: () sim () não. Motivo: _____
 Prontuário no. _____ () Entrevista com a mãe () Entrevista com equipe CÓDIGO : _____

Criança: _____ Data Nasc. ___/___/___ Peso _____ Id Gest. _____ Sem. _____
 Mãe: _____ Cidade: _____
 Leito no. _____ () alto rico 1 () alto risco 2 () médio risco
 Participação na pesquisa: () sim () não. Motivo: _____
 Prontuário no. _____ () Entrevista com a mãe () Entrevista com equipe CÓDIGO : _____

APÊNDICE J - PASSAGENS ANOTADAS EM DIÁRIO DE CAMPO

1) O início da pesquisa

11/02/11 UTIN Neocare. Comecei hoje a coleta de dados, aproveitando a disponibilidade da coordenadora da UTIN Neocare, que me apresentou toda a estrutura. Decidimos que a abordagem das mães para participação na pesquisa seria na sala do médio risco, quando a ansiedade delas em relação à saúde do bebê começa a diminuir. Não há um local reservado para que eu possa fazer as entrevistas, mas o espaço entre os berços da sala do médio risco é suficiente para acomodar duas cadeiras e ter uma relativa privacidade da conversa. Duas mães estavam recebendo as instruções da alta hospitalar do bebê e me foram apresentadas. Expliquei para as duas sobre o delineamento da pesquisa. Uma delas aceitou, mas a outra disse prontamente que iria voltar a trabalhar em horário integral e, portanto, não seria possível a participação na pesquisa semestral. Confesso que eu não estava preparada para receber o “não”, afinal eu estava oferecendo atendimento odontológico gratuito; porém, isso me resolveu um problema imediato porque as duas estavam recebendo alta e não seria possível entrevistá-las ao mesmo tempo. Percebi então que a explicação inicial sobre o desenvolvimento do estudo deveria ser sempre individual e, pela falta da mesa, eu precisaria de uma prancheta para as anotações. No restante da manhã fiquei observando o trabalho dos profissionais e as diferenças entre os equipamentos do alto e do médio risco.

17/02/11 UTIN HUCAM. Hoje eu fui ao Hospital das Clínicas (HUCAM), para conhecer o funcionamento da estrutura e iniciar a coleta de dados. O coordenador da UTIN me apresentou à coordenadora de enfermagem, uma fonoaudióloga e uma médica. A psicóloga é a mesma pessoa que atende na UTIN Neocare e, portanto, o contato foi facilitado. Pela manhã, o movimento na UTIN é intenso devido ao estabelecimento dos procedimentos de cuidados em enfermagem e prescrições médicas. Nesta UTIN em particular existe o movimento dos acadêmicos e residentes, que também manipulam os prontuários. Acompanhei o trabalho de estímulo da sucção de um recém-nascido (RN) pretermo realizado pela fonoaudióloga. Fiz a entrevista da mãe de um bebê que estava recebendo alta. Conheci outra forma de sobrevivência desses bebês além da sonda orogástrica, nasogástrica, e demais tecnologias da UTIN; ele passou por um procedimento cirúrgico e a alimentação na alta provisoriamente seria por gastrostomia, ao mesmo tempo em que a mãe estava iniciando estímulo para amamentação.

18/02/11 UTIN HUCAM. Escolhi o horário da tarde para a visita de hoje, por sugestão da enfermeira. Realmente o silêncio da rotina é benéfico para as entrevistas da pesquisa. O espaço entre os berços-leito é grande e suficiente para a privacidade da entrevista. Além disso, os prontuários estão disponíveis e preciso deles para acessar os dados neonatais e relativos ao início da alimentação por sucção. Por enquanto, estou decifrando os códigos usados por eles com a ajuda das técnicas de enfermagem ou de uma das médicas que já conheço. A fonoaudióloga que atende no horário da tarde me deu toda a atenção possível, enquanto auxiliava as mães na amamentação dos RN na sala do médio risco. É uma pessoa que eu já conhecia da clínica de pediatria aonde levo os meus filhos e ela está grávida, o que rendeu uma boa conversa no intervalo. Ela me apresentou a fisioterapeuta e seu trabalho diário de suporte ao RN no período de internação. Passei a tarde toda lá, sem perceber a hora passar.

2) A chupeta industrializada

21/03/11 UTIN HUCAM. Hoje vi um bebê usando uma chupeta industrializada. Fui questionar à fonoaudióloga qual o motivo, uma vez que o protocolo da UTIN inclui a não oferta da chupeta. Era um caso especial porque o bebê atualmente com 30 dias de vida (nascido com 39,6 semanas e 3.280g.) havia sido submetido a uma cirurgia e chorava muito. Neste caso, a chupeta conseguiu acalmá-lo, o que foi benéfico para o pós-operatório, por isso seu uso foi liberado.

3) A chupeta de luva

18/02/11 UTIN HUCAM. *No meu segundo dia de visita a esta UTIN percebi, durante a entrevista com a mãe, que a bebê 05 estava sugando uma espécie de chupeta confeccionada artesanalmente a partir de uma luva de látex em que um dos dedos dessa luva foi preenchido com algodão, gerando um bico semelhante a uma chupeta, porém menor e menos rígido. Questionei à mãe se o uso era frequente e ela respondeu que era “às vezes”. Sobre os outros recém-nascidos ela completou dizendo que o uso da “chupetinha de luva” era mais comum durante a noite. Essa mãe estava no alojamento do próprio hospital e tinha acesso 24 horas à UTIN, amamentando também nos intervalos da noite.*

21/03/11 UTIN Neocare. *Nesta UTIN é mais frequente a presença de um segundo profissional de enfermagem com o dedo enluvado para que o bebê realize a sucção, como auxílio no alívio da dor durante procedimentos invasivos. Em algumas situações também é utilizada a chupeta de luva, como aconteceu hoje com um RN que estava chorando muito, mesmo depois de alimentado e confortado. A sucção não nutritiva o acalmou imediatamente.*

17/05/11 UTIN HUCAM. *Após realizar duas entrevistas pela manhã, retornei à tarde para olhar os prontuários, quando a movimentação no ambiente se torna mais tranquila. A bebê 40 estava inquieta e chorando apresentando cólica e fiquei acompanhando o trabalho de massagem abdominal realizado pela fisioterapeuta. Como apresentava muita dor e chorava, a técnica de enfermagem fez uma chupeta de luva. Pelo acalento da sucção, a bebê ficou mais relaxada permitindo que a massagem fosse mais eficaz e logo o problema foi resolvido. Fiz algumas fotos já que eu tinha o documento de autorização assinado pela mãe (TCLE), o que gerou certo desconforto por parte das duas técnicas de enfermagem sobre o que eu iria fazer com as fotos, uma vez que muitos médicos não concordavam com essa prática da chupeta de luva. A fonoaudióloga ponderou com elas que se tratava de uma situação especial, em que a bebê estava com dor, já tinha mais de três meses de idade e não iria ser amamentada no peito (devido a problemas de saúde da mãe). Bebê 40: peso ao nascimento = 674g., idade gestacional =27,4 semanas, internação em UTIN=121 dias.*

19/05/11 UTIN HUCAM. *Devido à situação descrita, que ocorreu no dia 17/05, conversei hoje com o coordenador da UTIN sobre as fotos para esclarecer a situação.*

4) Os problemas sociais e o uso de mamadeira

17/02/11 UTIN HUCAM. *Neste meu primeiro dia de visita a esta UTIN, 13 recém-nascidos estavam internados. Três casos se destacaram devido aos problemas sociais envolvidos. O primeiro deles, nascido de 31 semanas, era filho de uma adolescente de 13 anos. Internado por mais de 40 dias, estava sendo encaminhado para acolhimento institucional porque a família alegou não ter condições financeiras. A mãe não conheceu o bebê. O outro recém-nascido, cuja idade gestacional era de 35,5 semanas, também seria encaminhado para um acolhimento institucional porque a mãe era usuária de drogas. No terceiro caso, nascido com 32 semanas, o bebê estava internado havia 43 dias e já estava em amamentação, mas a mãe precisou trabalhar e parou de comparecer ao hospital para a amamentação. Nos três casos, a alimentação do bebê já estava estabelecida por sucção em mamadeira. Na minha visão, esses problemas sociais se mostraram mais chocantes do que a imagem dos recém-nascidos lutando pela vida, auxiliados por todos aqueles equipamentos da UTIN.*

5) Uma cena, repensando a vida

21/03/11 UTIN Neocare. *Cheguei à tarde, as luzes da sala do alto risco estavam apagadas. Ao redor de um dos berços duas mulheres e um homem em silêncio, cabeças baixas. Ao fundo uma das funcionárias executando seu trabalho ao lado de outro bebê. Ao mesmo tempo em que entrei, olhei a situação diferente e saí da sala, quando encontrei com uma médica para me certificar do*

que parecia bem evidente naquele cenário. Sim, o bebê havia falecido há pouco tempo e por alguns minutos todos deixaram a sala para que a família pudesse ter o seu momento. O RN (Idade gestacional: 28 semanas; Peso ao Nascimento: 920g.) com grande comprometimento da saúde geral tinha poucas chances, mas estava como os outros na sua luta pela sobrevivência. Parece contrária à ordem natural da nossa existência que uma criança vá morrer antes dos pais ou dos avós, mas ali estavam a mãe, o pai e uma das avós daquele bebê. E eu, com pouco mais de um mês do início da pesquisa, pela primeira vez frente à outra realidade de uma UTIN, mas com a certeza de que os recursos médicos e tecnológicos estavam disponíveis na tentativa de salvar mais uma vida.

6) Atestado de óbito

07/04/11 Escritório da UTIN Neocare. Os prontuários desta UTIN vão para o escritório que fica no prédio em frente, e sempre que detecto que um RN recebeu alta hospitalar, consulto o prontuário para anotar data e alimentação recomendada. Hoje foi diferente. Quando manuseei o prontuário percebi um formulário diferente dos demais. Examinando mais amiúde, confesso que senti um choque: era um atestado de óbito do RN, registrado com o número 20 na minha pesquisa. Eu tinha feito a entrevista com a mãe, como em todos os outros casos, na sala do médio risco, com o bebê já em alimentação por sucção, mas houve uma intercorrência e ele retornou para os cuidados intensivos na sala do alto risco, aonde veio a falecer. Nascido com 29,1 semanas de idade gestacional e 1.085 gramas, ficou internado por 56 dias. Como num filme, passou pela minha mente todo o conteúdo de investimento daquela mãe, que me foi relatado na entrevista. Ela estava trabalhando na casa de uma senhora que mora próximo ao hospital para custear as despesas e ter as passagens de ônibus para poder ver o bebê todos os dias ...

7) A história da jovem mãe – bebê 42

09/05/11 UTIN Neocare. Eu estava passando por cada berço e anotando os dados dos RN internados como fazia sempre que chegava a cada UTIN. Uma jovem mãe me chamou questionando sobre o meu trabalho o que prontamente expliquei, complementando que o filho dela ainda estava exigindo cuidados intensivos e assim poderíamos fazer a entrevista quando ele estivesse na sala do médio risco. Eu já sabia que o RN tinha sequelas neurológicas e não contemplava os critérios de inclusão da pesquisa.

10/05/11 UTIN Neocare. No dia seguinte a jovem mãe (22 anos) me chamou novamente dizendo que poderíamos fazer a entrevista porque o bebê tinha melhorado. “Eu moro em Maruípe, fica fácil ir lá.” Em um pensamento rápido, comecei naturalmente a pesquisa, mesmo sabendo que ao final eu não usaria os dados, mas para dar uma atenção a ela. Afinal, seria mais fácil eliminar um participante posteriormente do que entrar em detalhes sobre o real estado de saúde do bebê, que não é minha área específica. Entretanto, houve uma intercorrência com o bebê e interrompemos a entrevista.

12/05/11 UTIN Neocare. Continuando a história, ela me chamou novamente dizendo que poderíamos continuar a entrevista, e assim foi feito.

19/05/11 UTIN Neocare. O bebê 42 foi transferido para outra UTIN, em 16/05/11, para acompanhamento neurológico.

17/08/11 Consegui falar pelo telefone com o pai do bebê 42. Ele ainda está internado no hospital desde a transferência. Foi realizada uma neurocirurgia para instalação de uma válvula, mas no dia da alta ele apresentou infecção e precisou de nova intervenção cirúrgica. A mãe retornou para o trabalho hoje. Encerrei a participação na pesquisa, explicando que preciso avaliar a interação mãe-bebê o que não será possível com o bebê ainda internado.

8) Detalhes da seleção dos participantes

11/02/11 UTIN Neocare. *Conforme havia uma possibilidade prevista, esta UTIN particular também tem leitos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, e este fato eu preciso considerar devido à classificação econômica. Outro ponto de destaque foi a presença de alguns RN internados cuja idade gestacional era igual ou superior a 37 semanas, e portanto, não se incluíram na classificação de prematuridade.*

17/05/11 UTIN HUCAM. *Pela manhã consegui entrevistar duas mães nesta UTIN e mais uma entrevista na UTIN Neocare. Eu estava muito preocupada com o baixo número de entrevistas, especialmente no HUCAM, porque muitos bebês internados não se adequavam aos critérios da pesquisa (p. ex.: a família reside no interior, ou o bebê não é pré-termo, ou a mãe é usuária de drogas), mas neste mês de maio estou conseguindo muitas adesões. E posso até comemorar o sucesso da coleta inicial. A recusa de participação foi muito pequena até agora, inclusive algumas mães que residem no interior se prontificaram a participar porque vem com frequência a Vitória.*

9) Duas cenas lindas

19/05/11 UTIN Neocare. *Vi duas cenas lindas hoje relacionadas à minha pesquisa. Na primeira, estava chegando um RN para ser internado na UTIN, que veio transferido de outro hospital, e acompanhei o trajeto desde o elevador. O bebê sugava tão forte o dedo enluvado da técnica de enfermagem, que não queria soltar, de forma que ela ficou ao seu lado mais um pouco até que ele parou o movimento de sucção, permitindo que ela retirasse o dedo sem resistência.*

Na outra cena, uma jovem mãe amamentava seus bebês gêmeos ao mesmo tempo. A médica pediu que eu fizesse uma foto e a mãe concordou desde que ela não aparecesse. Foi uma das fotos mais expressivas que já fiz! Aproveitei para pedir sua participação na pesquisa (Bebês 50 e 51).

10) A balança e a poltrona

09/06/11 UTIN HUCAM. *Dois objetos se destacaram na percepção das mães em relação ao ambiente da UTIN. A balança, onde são pesados os bebês, cria uma grande expectativa nas mães com relação à liberação da alta hospitalar. E a poltrona representa um momento de conforto para as mães durante a amamentação e descanso ao lado do pequeno leito do bebê. Em uma das entrevistas a mãe se referiu ao “meu cantinho”.*

11) A fase longitudinal do estudo – Clínica de Odontopediatria da UFES

30/06/11 *Comecei as entrevistas relativas ao acompanhamento longitudinal dos bebês que nasceram no mês de dezembro de 2010. Como foi previsto, todas as participantes foram selecionadas com base na data de nascimento de seus filhos de forma que coincidissem com o período letivo da universidade. Entretanto, um movimento de greve dos funcionários coincidiu com o início da pesquisa. Apesar da minha preocupação inicial, consegui atender normalmente hoje. Nesta fase, os dentes dos bebês ainda não erupcionaram e, portanto, não preciso que os equipamentos odontológicos estejam ligados. A limpeza da Clínica é realizada por empresa terceirizada e, portanto, não sofreu influência no período da greve.*

02/08/11 *A entrevista agendada para hoje não foi realizada. Estava chovendo e a mãe não pode sair de casa com o bebê (seis meses de idade). Remarcamos para outro dia.*

13/10/11 Hoje terminou a greve dos funcionários dos Correios. Não estou conseguindo contato por telefone com algumas participantes inscritas na pesquisa, e a outra estratégia seria o envio de correspondência, o que faz com que a notícia do fim da greve se torne tão importante.

12/12/11 Fiz a última ligação telefônica para localizar as participantes da pesquisa aos seis meses de idade dos bebês. Sempre considerei esse um dos momentos mais tensos da realização deste estudo devido à expectativa da resposta da mãe se o bebê estava bem, afinal eram recém-nascidos muito graves. Com exceção do RN 20 que faleceu ainda na UTIN e do RN 42 que ainda estava internado, todos os outros 66 bebês estavam bem, já excluindo as duas mães que não responderam completamente a entrevista inicial e desistiram da pesquisa (GM 21 e GM 33). Consegui falar com todas as mães, que confirmaram que os bebês estavam bem, mesmo aquelas que não puderam comparecer para o acompanhamento longitudinal.

09/02/12 Entrevistei hoje a participante GM 11. Na entrevista de 6 meses ela estava separada do pai dos seus filhos e tinha passado por um tratamento para depressão. Na entrevista de hoje, porém, ela estava muito feliz com a nova união civil, que foi positiva também como referência paterna para o bebê. É a terceira entrevista que faço na idade de 12 meses dos bebês, e tenho procurado fazer uma análise preliminar das respostas com base nos conceitos da Teoria Bioecológica. O que observei hoje é um exemplo do conceito de Transição Ecológica e sua influência no desenvolvimento conforme explanado por Urie Bronfenbrenner.

14/05/12 A programação de hoje seria fazer as ligações telefônicas para agendamento, entretanto choveu demais à noite e a região toda está sofrendo com os alagamentos, de forma que considerei mais prudente adiar as ligações por um ou dois dias.

28/08/12 A minha orientadora me acompanhou durante a entrevista de hoje. Eu estava com a percepção de que as respostas das mães estavam muito simplificadas e queria sugestões para maior exploração dos temas. Depois do atendimento tivemos uma reunião muito proveitosa quando decidimos incluir uma filmagem da interação mãe-bebê enquanto a mãe estivesse ocupada respondendo a entrevista de 24 meses.

30/08/12 Consegui localizar uma participante que mudou para o interior. Ela teve outro bebê e foi fazer o parto na cidade onde nasceu porque “aqui eles fazem cesárea e eles ligam”, ao se referir que se submeteu à laqueadura de trompas. A cidade é distante de Vitória e ela não tem previsão para retornar, mas concordou em responder alguns dados por telefone.

16/10/12 Para me auxiliar no atendimento odontológico dos bebês solicitei bolsista para o Projeto de Extensão Universitária que vou coordenar com este propósito. Hoje a aluna do Curso de Odontologia que foi selecionada para o Projeto informou que vai começar a receber a remuneração de bolsista. Ajustamos os horários de atendimento dos bebês para coincidir com a disponibilidade dela para se dedicar ao projeto. Ela fez a primeira filmagem para teste.

13/12/12 Precisei desmarcar as três participantes agendadas para hoje porque estourou um transformador na região do IOUFES e o fornecimento de energia elétrica foi interrompido.

15/05/12 A participante 45 agradeceu pelo atendimento do seu filho mais velho que encaminhei para tratamento pelos alunos da disciplina de Odontopediatria.

09/04/13 Atendi novamente a bebê 29. Quando detectei o risco de cárie aos 12 meses de idade, ela tinha apenas seis dentes presentes na boca. Passei seu atendimento para um intervalo de três meses com o objetivo de aumentar a frequência das aplicações de flúor. Mas o que assisti foi a instalação da doença evidenciando seu caráter comportamental, porque a mãe manteve a amamentação várias vezes ao dia e à noite, dava mingau com açúcar, biscoitos, alegava que a criança não deixava escovar os dentes e sempre repetia “eu nunca tive filho com isso nos dentes...” referindo-se aos seus outros nove filhos, que segunda ela não tiveram cárie. As orientações foram repassadas em cada sessão de entrevista ou tratamento e a resposta era sempre a mesma. Contabilizando, foram oito dentes acometidos no processo cariioso e nove sessões de atendimento, entre entrevistas, orientações, aplicações de verniz fluoretado e tratamento restaurador.

09/04/13 O bebê 67 sofreu traumatismo dentário e procurou a Clínica de Odontopediatria da UFES para atendimento. Como já havia terminado uma entrevista, eu mesma o atendi devido à gravidade do caso. Foi necessário recomendar a suspensão da chupeta.

23/05/13 O bebê 52 (dois anos de idade) colaborou, não só abrindo a boca, mas também tentando ajudar com os instrumentais. Esta é a novidade, para que eu me lembrasse de comentar sobre o comportamento dos bebês. Em geral eles brincam com livros de estórias infantis ou brinquedos de borracha que disponibilizei para distração durante as entrevistas com as mães. Na hora do atendimento odontológico quase todos choram e ficam alegres no final ao receberem uma lembrancinha. Escolhi uma bola de borracha com o desenho mais comentado pelas mães: Galinha Pintadinha.

28/05/13 A entrevista de hoje foi muito densa. Em geral as entrevistas têm sido alegres e divertidas já que as mães contam orgulhosas sobre os progressos de seus filhos. Mas a história de hoje foi muito triste. A participante 58 tem quatro filhos e chegou grávida do quinto filho. Três dias após ter contado a notícia para o esposo, ele foi assassinado por engano, confundido com outra pessoa muito parecida. Os próprios assassinos relataram que não era ele o alvo. Ela manteve o tom triste, mas com uma serenidade impressionante e muita força para manter a família unida. A sogra queria ficar com a menina, mas criar como se fosse dela. Ela conseguiu mudar para outra casa e uma amiga a acompanhou para entrevista com a assistente social dos programas do Governo Federal. Agora ela recebe o auxílio do Programa Bolsa Família e outro auxílio especial para a gestação. Tudo isso aconteceu em apenas 30 dias!

12) Estratégias de conservação da amostra no estudo longitudinal

01/03/12 A entrevista de hoje foi de uma das participantes do interior do Estado. A entrevista de seis meses foi respondida e enviada pelo Correio. Embora não faça parte da pesquisa completa, eu sempre insisto para que a pessoa compareça, procurando conservar a amostra inicial. Agora com o bebê com 12 meses de idade o interesse das mães tem sido maior porque começam as dúvidas em relação à dentição.

05/03/12 Finalmente consegui entrevistar a participante 10. Como estratégia, tenho insistido nas ligações telefônicas. Na época da entrevista de seis meses, ela desmarcou o horário que estava agendado porque foi demitida do emprego, mas disse que iria me ligar. Passados 15 dias telefonei novamente, ela marcou horário, confirmou pela manhã no dia do atendimento, mas faltou à tarde porque o bebê estava com conjuntivite e ela iria me ligar. Liguei novamente uma semana depois explicando que estava passando do prazo para responder as perguntas conforme os objetivos da pesquisa e ela aceitou responder por telefone. Para a entrevista de 12 meses ela faltou na primeira data que disponibilizei porque estava passando mal. Na segunda tentativa, hoje, ela compareceu.

22/05/12 Tentei falar com a participante 55 pelo celular para marcar a entrevista de 12 meses, mas ela não atendeu. Mais tarde ela me passou uma mensagem pelo celular explicando que estava em horário de trabalho e não poderia me atender. No horário noturno conseguimos nos comunicar com calma e agendar.

24/05/12 Após ligar para três números diferentes de telefone, consegui contato com a sogra da participante 58, que me passou o novo número de celular.

22/10/12 O contato com a participante 27 era sempre por meio de um telefone público localizado em frente a um bar de propriedade do pai dela. Eu deixava o recado e depois eu tinha que ligar novamente dentro de alguns minutos ou no dia seguinte. Hoje, porém, a mãe dela me atendeu dizendo que tinha dado o meu recado, mas ela não morava mais no bairro e teria dito que iria procurar um posto de saúde próximo para atendimento odontológico da bebê. Após alguma argumentação sem sucesso eu expliquei a situação de que eu precisava muito que ela continuasse participando da pesquisa porque foram poucos os casos que preencheram todos os

critérios em que o bebê não estava usando chupeta, que era exatamente o caso da neta dela. Ela compreendeu e disse que eu tinha ajudado, pois tinha conseguido vaga para o tratamento da outra neta dela, e então ela iria acompanhar a filha até à Clínica. (E assim ela compareceu às entrevistas de 18 e de 24 meses).

12/11/12 O bebê 52 está internado com pneumonia. Liguei novamente em 28/11/12 e ele ainda continuava internado. Em 08/01/13 ele já estava em casa, mas optei por coletar alguns dados por telefone e desistir da entrevista complementar porque a mãe teve outra bebê havia uma semana. Percebi que não havia condições para seu deslocamento até à Clínica. (Em 23/05/13 ela compareceu para a entrevista de 24 meses).

25/02/13 Recebi um telefonema da participante 40. Eu havia tentado em vão por alguns dias o contato pelos números de telefone que até então eu conseguia falar. Então mandei uma carta registrada no dia 22/02/13 e ela prontamente me ligou explicando que ela e o esposo estavam com novo número de telefone.

26/03/13 Hoje foi a última entrevista da participante 22. Esta foi uma das entrevistadas com maior frequência e pontualidade. Era só ligar, agendar e o comparecimento foi sempre correto.

01/04/13 Não consegui falar com a participante 38. Como era comum ela ficar sem o celular e já tinha trocado de número, passei mensagem para o celular do esposo dela. À noite ela me ligou para agendar o horário.

04/06/13 As duas entrevistas agendadas para hoje não foram realizadas, porque as mães tiveram outros problemas urgentes e não puderam comparecer. Como elas não compareceram, liguei novamente para agendar outro dia. Isto aconteceu com frequência ao longo do estudo.

30/06/13 Encerrei a coleta de dados. Foi um período extenso de absorção de sentido para os relatos das mães, mas posso comemorar que consegui os objetivos propostos!

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 09 dezembro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Edinete Maria Rosa
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Interação mãe – bebê e o hábito de sucção de chupeta em bebês prematuros”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 249/10 intitulado: **“Interação mãe – bebê e o hábito de sucção de chupeta em bebês prematuros”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de dezembro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof.^a Dra Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO B - APROVAÇÃO DA INCLUSÃO DE QUESTÕES PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 01 de junho de 2012.

Do: Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira
Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Edinete Maria Rosa
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Interação mãe – bebê e o hábito de sucção de chupeta em bebês prematuros”**.

Senhor Pesquisador,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar as **Solicitações de Inclusão de ficha odontológica e Inclusão de questões à pesquisa**, do Projeto de Pesquisa nº 249/10, intitulado: **“Interação mãe – bebê e o hábito de sucção de chupeta em bebês prematuros”** e, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** as referidas solicitações.

Lembramos que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Aduino Emmerich Oliveira
Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES

ANEXO C - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7