

JULIANA GONÇALVES EMENDORFER DEGERING.

SP 090
201794

**DIFICULDADES NO ALEITAMENTO MATERNO
DE PUÉRPERAS DO ALOJAMENTO CONJUNTO
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis.
Universidade Federal de Santa Catarina.
2004.**



03750851

JULIANA GONÇALVES EMENDORFER DEGERING.

**DIFICULDADES NO ALEITAMENTO MATERNO
DE PUÉRPERAS DO ALOJAMENTO CONJUNTO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Edson José Cardoso.

Professor: Marco Aurélio da Ros.

Florianópolis.

Universidade Federal de Santa Catarina.

2004.

“A luta contra o erro tipográfico tem algo de homérico. Durante a revisão os erros se escondem, fazendo-se positivamente invisíveis. Mas assim que o livro sai, tornam-se visibilíssimos...”

(Monteiro Lobato)

DEDICATÓRIA.

Ao meu esposo, que
tanto abriu mão de minha companhia, para
que este trabalho pudesse ser concluído.

AGRADECIMENTO.

Ao meu orientador Marco Aurélio da Ros.

SUMÁRIO.

RESUMO.....	vii
SUMMARY.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivos Gerais.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3. METODOLOGIA.....	14
3.1 Material e Método.....	14
3.2 Pesquisa Qualitativa.....	14
3.3 Pré-teste.....	15
3.4 Coleta de dados e análise do conteúdo.....	15
3.5 Aprovação do comitê de ética.....	18
4. ANÁLISE.....	19
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
5.1 Categoria: “Visão puerperal do aleitamento materno ideal”.....	20
5.2 Categoria: ”Dificuldades psicossociais do aleitamento materno”.....	23
5.3 Categoria: “Dificuldades biológicas do aleitamento materno”.....	26
6. CONCLUSÕES.....	30
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
8. NORMAS ADOTADAS.....	34

RESUMO.

O aleitamento materno é preconizado pela O.M.S. como essencial para a saúde das crianças, entretanto muitas coisas podem dificultá-lo.

Este trabalho tem por objetivo avaliar estas dificuldades, mediante aspectos psicossociais e biológicos, além de avaliar como é para as mães o momento ideal da amamentação.

A metodologia utilizada foi a qualitativa, onde dez puérperas do alojamento conjunto do HU-UFSC foram entrevistadas e suas entrevistas posteriormente analisadas segundo a técnica de leitura flutuante.

Após a análise as respostas foram categorizadas em: 1. visão puerperal do aleitamento materno ideal; 2. dificuldades psicossociais do aleitamento materno e 3. dificuldades biológicas do aleitamento materno.

Notamos que as mães entendem como amamentação ideal àquela que ocorre com tranqüilidade, em posição confortável, com pega correta e em livre demanda.

Dentre as dificuldades psicossociais notamos a permanência em ambiente hospitalar, a preocupação com os serviços domésticos, não-domésticos e demais familiares.

As doenças maternas e dos recém-nascidos, as mastalgias, as fissuras, a pega incorreta e o fato de as crianças dormirem ao seio, destacaram-se como dificuldades biológicas.

Finalmente concluímos: que a tranqüilidade é essencial para a amamentação ideal, que algumas puérperas acreditam que esta amamentação ideal é privilégio de mulheres de classes sociais mais privilegiadas, que a falta de ajuda com os serviços domésticos ou com outros familiares e o emprego podem atrapalhar o aleitamento, e que as dificuldades clínicas não são vistas com tanta importância pelas mães, ao contrário do que é visto pelos profissionais da saúde.

SUMMARY.

The breast-feeding is determined by O.M.S as essential to health of the children, however many things can hamper.

This work has the purpose to evaluate this complication, exposing aspects socials and biologicals, and to evaluate as it's to the mothers the ideal moment of breast-feeding.

The methodology employed was qualitative, where ten parturients of HU-UFSC was interviewed and their interviews analyzed after by the technical of afloat reading.

After the analysis, the answer it was orderer in: 1. parturients view of ideal breast-feeding, 2. difficults socials of the breast-feeding and 3. difficults biologicals of the breast-feeding.

We note that parturients understand ideal breast-feeding as it happened with tranquility, comfortable position, night catch and free demand.

Among the difficults socials we note the abundance in hospital ambient, the worry about domestic services, no domestic services and others family.

The parturients and newborn diseases, breast pain, fissures, incorrect catch and the fact the newborn sleeping on the breast were the main biologicals difficults.

Finally we conclude: tranquility is essential to ideal breast-feeding, that some parturients believe this breast-feeding is privilege of mother high social classes, that privation of help to domestic services, family and employment can disrupt the breast-feeding and that clinical difficults aren't visualized with high importance for the mothers as the health works.

1. INTRODUÇÃO.

A Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro a seis meses de vida e parcial até os dois anos, especialmente nas populações de baixa renda, uma vez que o leite materno pode ser uma importante fonte de calorias e de proteínas de alto valor biológico no segundo ano de vida.¹

Apesar de haver um aumento da prática do aleitamento materno, ela está, ainda, muito aquém da recomendação da Organização Mundial de Saúde. No Brasil, praticamente 90% das crianças são amamentadas inicialmente. No entanto, a duração média da amamentação é curta, de apenas 90 dias, além de não ser exclusiva na maioria das vezes. Apenas 6% das crianças são amamentadas exclusivamente até os 2 meses de idade. Metade das crianças nesta faixa etária recebe água, 42% outros líquidos, 23% leite de vaca, 23% fórmulas infantis e 16% alimentos sólidos ou semi-sólidos.¹

Analisando - se estes dados e confrontando-os com as vantagens proporcionadas pelo aleitamento materno supõem-se uma série de dificuldades encontradas durante a lactação. Entre elas destaca-se a falta de tempo da mãe, a desinformação materna, a dificuldade para criação do vínculo materno – fetal, o trabalho doméstico ou não doméstico da mãe, o ingurgitamento mamário, o leite fraco, as fissuras mamárias, as mastites e abscessos, as carências nutricionais das lactantes, entre outras.

Atualmente, somam-se as evidências epidemiológicas das vantagens do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Entre elas, destacam-se: redução da mortalidade infantil, redução da morbidade por diarreia e infecção respiratória, redução de hospitalizações, alergias e doenças crônicas, melhor nutrição e desenvolvimento, proteção contra câncer de mama, economia financeira, melhoria da qualidade de vida, promoção do vínculo afetivo entre mães e filhos e proteção contra novas gestações.²

A maioria das gestantes recebe assistência pré-natal e nesta oportunidade, o médico deve conversar com elas sobre os seus planos quanto à alimentação do futuro bebê. Neste contexto, cabe ao médico no acompanhamento pré-natal: tentar conhecer a situação social e econômica de

sua paciente, dando ênfase a estrutura familiar, a fim de supor possíveis dificuldades que poderão surgir durante a lactação e desta forma tentar amenizá-las; examinar as mamas de todas as gestantes, a fim de diagnosticar precocemente algum problema mamário que possa interferir com a amamentação; discutir as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais; explicar à gestante a fisiologia da lactação; alertar para as dificuldades que poderão surgir e ensinar a preveni-las ou a superá-las e desfazer certos tabus, explicando às gestantes que todas as mulheres, salvo raras exceções, têm condições de amamentar, que não existe “leite fraco” e que a produção do leite independe do tamanho da mama.

A realidade familiar da maioria da puérperas constitui um grande problema durante a amamentação. Na maioria das vezes estas mães possuem mais filhos e seu companheiro, que também necessitam de sua atenção; precisam realizar seus trabalhos domésticos, sem receberem neste momento delicado um suporte doméstico e psicológico ideal; e diante deste contexto precisam dispensar grande parte de seu tempo diário aos cuidados com o lactente. Será que estas mães, diante de sua realidade social, darão prioridade à amamentação de seu filho?

O trabalho materno fora do lar, assim como o próprio trabalho doméstico, é um obstáculo à amamentação. A mãe geralmente precisa voltar ao seu trabalho mais cedo do que o ideal, muitas vezes devido às dificuldades financeiras ou pelo risco de perder seu emprego. Apesar disso, as taxas de aleitamento materno entre estas mães, mostram que é possível conciliar trabalho e amamentação.¹

Além da orientação, o profissional de saúde tem o dever de informar às mães os seus direitos legais de nutris. A legislação brasileira prevê uma dispensa de até quatro meses para a lactação e dois descansos diários de meia hora cada um durante a jornada de trabalho para que a mãe possa amamentar o seu filho, até ele completar seis meses. Quando não existir creche na empresa, ou ela ficar distante do local de trabalho, o descanso de meia hora terá que ser aumentado, a fim de que a mãe possa sair do seu local de trabalho para amamentar o seu filho. Nestes casos, a mulher tem o direito de receber indenização pelas despesas que tiver.¹

Uma boa técnica de amamentação é indispensável para o seu sucesso, uma vez que previne trauma nos mamilos e garante a retirada efetiva do leite pela criança. O bebê deve ser

amamentado numa posição que seja confortável para ele e para a mãe, que não interfira com a sua capacidade de abocanhar o tecido mamário suficiente, de retirar o leite efetivamente, assim como de deglutir e respirar livremente. A mãe deve estar relaxada e segurar o bebê completamente voltado para si. A criança que não abocanha uma porção adequada da aréola tende a causar trauma nos mamilos e pode não ganhar peso adequadamente, apesar de permanecer longo tempo no peito. É importante enfatizar que quando a criança é amamentada numa posição correta e tem uma pega boa, a mãe não sente dor. Neste ponto cabe nos perguntar: será que a maioria das mães brasileiras, de nível sócio – econômico médio ou baixo, com vários outros afazeres domésticos e filhos para cuidar, podem dispensar tempo e relaxar-se durante a amamentação de seu novo filho?

O ingurgitamento mamário resulta do aumento da vascularização e congestão vascular das mamas, levando ao acúmulo de leite e dificultando uma boa pega. É mais comum nas primíparas e no puerpério imediato e dentre as opções paliativas recomenda-se manter as mamas elevadas com sutiãs, realizar compressas frias ou mornas sobre os seios, aumentar a frequência das mamadas e se necessário utilizar analgésicos.

A hipogalactia é uma queixa comum durante a amamentação, sendo referida como “pouco leite” ou “leite fraco”. Com frequência, está relacionada à insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir seu filho, fazendo com que interprete o choro da criança e as mamadas frequentes (normal no bebê pequeno) como sinais de fome. Se a produção do leite parecer insuficiente para a criança, pelo baixo ganho ponderal na ausência de patologias orgânicas, cabe ao médico conversar com a mãe e tentar determinar o que está interferindo com a produção do leite e se necessária recomendar a complementação das mamadas pelo leite artificial.

Dentre as queixas das lactantes destacam-se as fissuras mamárias e os mamilos dolorosos durante a amamentação. Geralmente são provocadas pela fragilidade da região associada à má pega do recém nato. Manter os mamilos sempre secos, expressar algumas gotas de leite e passar nos mamilos após as mamadas, secar os mamilos com secador de cabelo, realizar banhos de sol ou de luz nas mamas, realizar a expressão manual da aréola antes das mamadas, iniciar a amamentação pelo lado menos comprometido e variar o posicionamento do bebê nas mamadas são medidas recomendadas quando as patologias já estão instaladas, entretanto a prevenção, que deve iniciar no pré - natal e estender-se durante toda a lactação, ainda é mais vantajosa às mães.

São as fissuras, na maioria das vezes, as portas de entrada para os germes (especialmente o *Staphylococcus aureus*) que provocam a mastite. Em geral, compromete o estado geral da nutriz, provocando dor local intensa, febre e mal-estar. A mama apresenta-se com edema, hiperemia e calor no setor comprometido. O tratamento é conduzido com antibióticos anti-estafilocócicos e esvaziamento suave e completo da mama comprometida, prevenindo, assim, o ingurgitamento e mantendo o suprimento do leite. A amamentação não deve ser interrompida.

As mastites que não forem corretamente tratadas ou que não responderem ao tratamento, podem evoluir ao abscesso. Em tais casos está indicada a drenagem cirúrgica e, freqüentemente, a interrupção temporária da amamentação no seio afetado.

Estima-se que para a produção do leite uma nutriz necessite ingerir um acréscimo de, no mínimo, 500 calorias e 15g de proteínas por dia. Isto pode ser conseguido através de uma dieta variada que forneça todos os nutrientes essenciais, entretanto as dificuldades econômicas enfrentadas pela maioria das lactantes brasileiras podem limitar esta ingesta e contribuir para a expoliação física destas mães.

Diante de tantas dificuldades na lactação, e seu conseqüente desmame precoce, este trabalho pretenderá enumerá-las e analisá-las, baseado no entendimento de dez puérperas, entrevistadas entre novembro e dezembro de 2003, no alojamento conjunto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo Geral.

Este trabalho tem como objetivo geral conhecer as dificuldades do aleitamento materno durante o puerpério imediato das lactantes do alojamento conjunto do Hospital Universitário, avaliando o quanto estes problemas, independente da etiologia psicossocial ou biológica, levam ao desmame precoce.

2.2 Objetivos Específicos.

- * Avaliar como é o entendimento das puérperas entrevistadas sobre o momento da amamentação ideal.
- * Descrever e analisar quais são as principais dificuldades encontradas durante a lactação, levando em consideração os aspectos psicossociais.
- * Analisar os principais sinais e sintomas referidos pelas puérperas, com potencialidade para interferir na amamentação.

3. METODOLOGIA.

“A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador” (Minayo, 1994).

3.1 Material e Método.

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi qualitativa. Tratou-se de um estudo de casos sobre puérperas do alojamento conjunto do Hospital Universitário, com o objetivo de conhecer as dificuldades encontradas por estas mães, durante o aleitamento de seus filhos. As respostas obtidas através de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas (documentos), foram analisadas com auxílio da técnica de análise de conteúdo de escrita, um tipo de pesquisa qualitativa.

Minha opção pelo método qualitativo baseou-se em meu objetivo de analisar as concepções e atitudes, mas principalmente a realidade social das lactantes, diante de seus simplórios ou complexos problemas na amamentação, não cabendo à pesquisa quantitativa tal objetivo.

Minha desinformação a respeito da pesquisa qualitativa, um vez que é um método menos usual em pesquisas científicas, foi um fator importante para que eu realizasse uma revisão bibliográfica sobre o que é e como se faz pesquisa qualitativa. Para tanto baseei - me nos livros “ Análise de conteúdo” de Laurence Bardin e “ O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde” de Minayo.

3.2 Pesquisa Qualitativa.

Quando se quer investigar a maneira de agir e de pensar relativos a determinado assunto, admite-se que uma pesquisa quantitativa é inadequada, pois tenderia a objetivar o subjetivo, quantificando o que não é mensurável. Segundo Minayo, a análise quantitativa funda-se na freqüência de aparição de certos elementos da mensagem, utiliza instrumentos padronizados, pretensamente neutros para expressar generalizações com precisão e objetividade. ¹³ apud

A pesquisa qualitativa, por outro lado, permite uma abordagem subjetiva, trabalha com mensagens, com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade para compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que por sua vez, são depositários de crenças, valores, atitudes e hábitos.

3.3 Pré – teste.

O pré - teste foi uma fase experimental neste trabalho. Constituiu - se de duas entrevistas gravadas com puérperas, posteriormente transcritas e analisadas.

Tais entrevistas serviram para me mostrar os erros que poderiam ocorrer durante a coleta de dados e para exemplificar - me na prática a análise destes dados.

3.4 Coleta de Dados e Análise do Conteúdo.

A análise das respostas obtidas baseou-se na “ técnica da análise de conteúdo” descrita por Bardin como uma técnica capaz de evidenciar conhecimentos sobre seu emissor e sobre seu meio, analisar significados contidos nas mensagens (depoimentos), e primariamente não basear-se na descrição dos conteúdos, mas sim no que eles podem nos ensinar. ¹²

Segundo Bardin, a análise de conteúdo considera ainda, o continente dos entrevistados. Ela analisa vestígios contidos nos documentos, que possam nos levar a deduzir de maneira lógica conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio (condição de produção). Para isto, adota a palavra como objeto de estudo. ¹³ apud

Segundo Minayo o conhecimento científico é sempre histórica e socialmente condicionado, o que nos leva a concluir que a análise do conteúdo varia conforme o analisador. O pesquisador opera escolhas (mesmo sem ter percepção clara disto), tendo como horizontes sua posição social e a mentalidade de um momento histórico concreto.¹¹

Baseando-me no que foi descrito anteriormente, pretendi ao analisar o conteúdo das respostas das puérperas sobre suas dificuldades no aleitamento materno, deduzir de maneira lógica seus conhecimentos e atitudes frente a estes problemas, e especialmente seu meio ou condição de produção.

Para isto, fui seguindo os passos descritos por Bardin, que organiza a metodologia em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é o período em que se realizam interrogações sobre os objetivos da pesquisa, seus pressupostos teóricos, com intuito de sistematizar as idéias iniciais e escolher a metodologia apropriada para tornar a pesquisa operacional.¹³

Minha pré-análise iniciou-se quando optei pelo tema aleitamento materno para realização do meu TCC. Minhas interrogações iniciais baseavam-se em determinar quais eram os problemas encontrados durante a lactação, como as puérperas agiam diante de tais problemas e o quanto estes problemas interfeririam no desmame precoce. Posteriormente, após discussões com meu orientador, conclui que as condições sociais, familiares e econômicas das puérperas durante a lactação, também deveriam ser interrogadas.

O questionário, em forma de diálogo gravado foi escolhido como instrumento de pesquisa, e suas transcrições como documentos. As participantes receberam previamente à entrevista, um consentimento escrito, o qual puderam analisar e optar pela aceitação ou não da mesma.

Diante dos documentos tentei levar em consideração alguns princípios defendidos por Bardin. Todos os dados dos documentos foram levados em consideração (Princípio da exaustividade); todas as entrevistadas (num número de 6 a 12), eram puérperas e estavam internadas no alojamento conjunto do Hospital Universitário, representando o universo da pesquisa (Princípio da representatividade); todas as participantes foram entrevistadas pela autora deste trabalho e questionadas a respeito das dificuldades que estavam enfrentando ou que poderiam a vir enfrentar diante do aleitamento de seus filhos (Princípio da homogeneidade) e

finalmente, todos os documentos corresponderam ao objetivo que suscitou a análise (Princípio da pertinência).

Segundo Bardin as hipóteses são afirmações provisórias (suposição), cuja origem é a intuição, e que nos propomos verificar, submetendo-as à prova de dados seguros. ¹² Minha principal hipótese ao iniciar este trabalho era que diante de algumas dificuldades, de cunho biológico ou social, as puérperas deixavam de amamentar seus filhos precocemente, apesar da grande maioria estar ciente das vantagens do aleitamento materno.

Minayo refere que as hipóteses devem ter como base algo que a sustente, podendo ser a observação, resultados de outras pesquisas, teorias ou mesmo intuição. ¹¹ Minhas experiências durante o internato da 10ª fase de medicina no Centro de Saúde da Costeira do Pirajubaé, onde muitas vezes deparei-me com o desmame precoce pelos mais diversos motivos, serviram de base para que pudesse formular as hipóteses que levariam - me a realizar este trabalho.

No entanto, é importante assinalar que ainda que as hipóteses sejam explicitamente pré-estabelecidas, as análises dos documentos podem nos mostrar variáveis diferentes das pré-estabelecidas, e que acabam, através do método dedutivo servindo para a formulação de novas hipóteses. Portanto, o resultado esperado inicialmente, é passível de mudanças, o que comprova a maleabilidade da pesquisa qualitativa. ¹²

Índices são manifestações de destaque nos documentos, o que Minayo denomina de “unidades de registro”. Podem ser palavras, frases, expressões ou tema em torno do qual se tira uma conclusão. ¹³ apud

Os indicadores são as informações que se buscam nos documentos (que indicam-nos alguma coisa). São escolhidos em parte, previamente, em função das hipóteses a serem testadas e em parte, são elaborados a partir dos índices. ¹¹ Os indicadores por mim selecionados para esta pesquisa, basearam-se nas respostas obtidas durante as entrevistas, dando ênfase aos aspectos sociais relacionados aos problemas das lactantes.

Seguindo a seqüência proposta por Bardin, a segunda parte da organização metodológica deste trabalho refere - se a exploração do material e tratamento dos resultados.

A exploração do material é feita através da leitura exaustiva do mesmo. Na primeira leitura, chamada “leitura flutuante”, a cabeça deve estar aberta a todas as idéias (hipóteses),

valorizando todas as informações contidas nas respostas, sem excluir nenhum elemento. A partir desta leitura, intuitiva, pode-se vir a formular novas hipóteses e indicadores.¹²

Cada documento foi analisado inicialmente e posteriormente agrupado, de acordo com características singulares. A exploração deste material baseou-se em objetivos propostos por Bardin: a transformação dos dados brutos que pudessem servir como índice (Codificação); enumeração das características psicológicas contidas nos índices (Enumeração) e finalmente a classificação dos elementos do texto de acordo com caracteres comuns entre eles (Categorização).¹²

A terceira e última parte, refere - se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Esta fase iniciou-se com a descrição das características dos documentos, resumidas após o tratamento; seguida pela inferência. O resultado final foi a interpretação.

3.5 Aprovação pelo comitê de ética.

O processo para aprovação ao comitê de ética em pesquisa em seres humanos foi entregue em 01 de dezembro de 2003, entretanto, devido ao recesso universitário ainda não recebeu a aprovação final.

Número do projeto no comitê: 260103.

4. ANÁLISE.

Nesta parte do trabalho, denominei os documentos colhidos através das entrevistas de “E” (entrevistas), e numerei – os de 1 a 10, de acordo com a ordem com que as entrevistas foram colhidas.

Após esta classificação, dei início à leitura flutuante dos documentos, tentando colocar – me no lugar da puérpera, sem deixar que meus pré–conceitos interferissem com o resultado final.

Durante esta leitura, os elementos de maior significância iam se destacando e constituindo-se nas unidades de registros ou índices, citadas na introdução. Diante desta lista de índices, parti para enumeração das características psicológicas e inferências contidas nas respostas.

Em último lugar dei início à categorização dos elementos. Tais categorias foram formadas com elementos que apresentaram características semelhantes e posteriormente denominadas de “Visão puerperal do aleitamento materno ideal”, “Dificuldades biológicas do aleitamento materno” e “Dificuldades psicossociais do aleitamento materno”.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

5.1 Categoria: “Visão puerperal do aleitamento materno ideal”.

Tranqüilidade...Esta foi a resposta da maioria das puérperas quando submetidas à pergunta de como deveria ser o momento do aleitamento ideal.

E1: *“Bem, eu acho que o mais importante é estar bem tranqüila, daí vai tudo bem”.*

E3: *“Tem que ser uma coisa tranqüila, pra criança mamar o quanto quiser e quando quiser”*

E10: *“Bem à vontade, bem tranqüila... mamando”.*

Diante destas respostas tentei certificar-me de que estas mães estavam realmente tranqüilas como preconizavam, e então deparei -me com uma maioria absolutamente tranqüila, apesar do momento especial que estavam vivenciando.

E1: *“Eu fico aqui no hospital bem tranqüila, é muito mais fácil. Acho que até a criança nota se a mãe está ou não nervosa durante o mama”.*

Uma pequena parte das entrevistadas, apesar de responderem que a tranqüilidade era essencial para uma boa amamentação, não estavam conseguindo tê-la.

E1: *“Eu agora tô um pouco mais tranqüila, porque assim... ela tá com baixo peso, então eu tenho que toda hora tá dando de mamar”.*

E7: *“Eu tô um pouco preocupada com as minhas outras crianças, que ficam em casa sozinhas quando meu marido sai para trabalhar”.*

Os outros dois elementos citados com grande freqüência como essenciais para uma boa amamentação foi a posição, tanto da mãe como do bebê, e a pega do bebê no seio materno.

E1: *“Porque se eu estiver numa posição ruim ou se ele tá mal acomodado, ele não vai mamar direito”.*

E3: *“Tem que arrumar uma posição ideal para acomodar a criança”.*

E6: *“A posição influencia bastante, porque ontem eu tava com muita dor nas costas e passei a amamentar ele numa posição diferente que me ajudou bastante... diminuiu bastante a dor”.*

“E até pra ele, porque se ele está numa posição desconfortável é ruim, pode até se afogar”.

E quanto à pega no seio materno:

E2: *“O bebê tem que pegar o bico todo da mama pra não dar rachaduras”.*

E1, a respeito da amamentação de seu primeiro filho: *“Eu era novinha... minha mãe dava palpite, minha sogra dava palpite, daí eu ficava nervosa, chorava, doia um monte pra ele pegar o meu bico, e com um mês e meio eu desisti de dar de mamar e comecei a dar mamadeira”.*

E6, a respeito da pega de seu bebê: *“Ele pegou bem fácil...Porque no meu primeiro eu tive muitos problemas, então nessa eu preparei a gravidez inteira...Fiz massagem, puxei bastante o biquinho...Preparei a gravidez inteira pra dar de mamar pra ele”.*

O fato da mãe conversar e brincar com a criança durante a amamentação, também foram citados como importantes para que esse momento fosse ideal.

E3: *“Tem que falar com a criança. Não pode ser assim, dar o peito simplesmente, tem que ter alguma coisa pra criança se acalmar, ser uma coisa natural e correr tudo bem”.*

E9: *“Falar com ela é bem importante. Eu noto que quando eu dou de mamar e fico conversando com ela, ela fica me olhando... o leite sai mais fácil... ela mama um monte... e eu nem percebo quando terminou”.*

Diante de tantas respostas de que a pega correta era ideal para uma boa amamentação, questionei-as de como deveria ser esta pega e quem lhes havia dado informações sobre ela. Novamente, de forma quase unânime, elas responderam-me que a pega ideal era àquela em que o bebê abocanhava a aréola juntamente com o mamilo, assim como haviam instruído as enfermeiras do alojamento conjunto do HU-UFSC.

E1: *“Em relação à pega, ele tá pegando direitinho. Ele pega todo o meu bico, como as enfermeiras me ensinaram”*.

E3: *“A gente coloca só o bico do seio e não é... tem que ser a parte toda, a parte escura toda”*.

“Tem bastante gente aqui pra dar informação. Inclusive eu tava falando pra menina que a preocupação daqui é tá toda hora instruindo... se agente tá fazendo a posição correta... se ele tá pegando direitinho... se o bebê tá respirando”.

E6: *“Eu facilito pra ele pegar todo o bico. Do jeito que me ensinaram, mesmo porque se ele pegar só a pontinha, dói”*.

E2: *“O médico novinho me deu um livrinho aqui do HU que diz um monte de coisa sobre o bebê e a amamentação e também a enfermeira lá do posto de Tijucas, onde eu fiz o pré-natal, já tinha me mostrado como deve ser a pega”*.

Uma pequena parte das puérperas relatou que o ideal era que o bebê mamasse o quanto quisesse e quando quisesse.

E3: *“Tem que ser uma coisa tranqüila, pra criança mamar o quanto quiser e quando quiser”*.

E de forma surpreendente, uma única mãe respondeu:

E8: *“A mamada ideal pra mim é aquela que eu não sinto dor... que ela (o bebê) mame um monte e não chore tanto.”*

Portanto, podemos notar que as mães entendem como “ amamentação ideal”: àquela que ocorre em estado de tranqüilidade, em posição confortável para a lactante e seu bebê, com pega correta e com livre demanda.

5.2 Categoria: “Dificuldades psicossociais do aleitamento materno”.

O fato de estarem num ambiente hospitalar, longe de casa e dos familiares, foi levantado como uns dos principais problemas pela maioria das puérperas entrevistada.

E1:” *não, a única coisa que eu quero é ir pra casa, mas como ele só veio hoje pra cá, a médica disse que agente vai ficar no mínimo até amanhã*” (faz expressão de insatisfação).

E2:” *Então eu acho que só vai ter solução quando eles me trouxerem meu filho, e de preferência eu for pra minha casa!*”.

E3: “*Em casa eu acho que é melhor. Aqui a gente fica nesse ambiente com um monte de gente, uma olhando pra outra*”.

E7, referindo-se a tranqüilidade que terá ao retornar para casa e poder cuidar de seus outros filhos: “*Daí sim eu vou ficar tranqüila, porque eu vou tá lá pra cuidar deles*”.

Diante do desejo de retornarem ao seu lar, questionei-as a respeito de como o trabalho doméstico poderia atrapalhá-las com os cuidados de seu novo bebê. Surpreendentemente, todas as puérperas questionadas admitiram que haveria muito que fazer em casa, entretanto acreditavam que nem o trabalho doméstico , nem os outros familiares (filhos e companheiros), iriam ser um problema para os cuidados, e especialmente a amamentação, de seu novo filho.

E1:” *Bem certinho, bem certinho, a gente devia ficar pelo menos no resguardo só cuidando da gente e do bebê. Mais isso é coisa de madame, né? Então eu tenho que ir fazendo o que eu dou conta. É claro que não vai ficar como era antes até ele crescer, mas a gente dá um jeito”.*

E4: “*Que nem da minha outra filha já era só eu mesmo... e eu dei conta sozinha”.*

E5, referindo-se ao cuidados com os outros filhos: “*Não, porque eles já são grandes, eu acho que eles não me atrapalham”.*

E6: “*Não. Porque o horário dele é o horário dele. O serviço vai esperar. A hora dele mamar é dele. O horário da comida vem primeiro, né?”.*

E9: “*Não, nas outras vezes sempre foi assim. Eu cuidava do bebê, da casa e das outras crianças”.*

Um terceiro problema encontrado na análise dos documentos, que demonstra muito bem o novo tipo de núcleo familiar da sociedade moderna, foi a ausência de amigos ou familiares que pudessem ajudar a puérpera nestes dias tão delicados de suas vidas.

E3:”*Não, porque a minha família não é daqui. A minha mãe mora lá no Rio de Janeiro. Só tem eu e o meu marido... Daí não tem ninguém pra me ajudar”.*

E7, referindo-se à ajuda do marido: “*Ah, só um pouco, porque ele chega às oito horas do trabalho e vem muito cansado, daí não dá pra ajudar muito”.*

Algumas puérperas entretanto, contavam com a ajuda dos familiares mais próximos, na maioria das vezes, maridos e filhos mais velhos.

E1: “*Quando eu tiver muito cansada, eu chamo minha mãe ou minha sogra pra me ajudar. Elas são quase minhas vizinhas. E como só eu posso dar de mamar, elas vão ser obrigadas a fazer as outras coisas”.*

E6, referindo-se ao marido: *“Ele vai me ajudar, porque ele sabe que eu fiz cesárea, então eu não posso subir escada, fazer esforço, ir até a cozinha... ela vai me ajudar bastante”*.

Ainda referente às complicações no ambiente hospitalar, notou-se que a separação do bebê da mãe, pelos mais diversos motivos (geralmente por doença do recém-nascido), trazia extrema frustração àquela mãe, que havia se preparado durante meses para aquele período especial.

E1: *“Mas hoje tá tudo bem. Ele já veio da neonatologia e vai ficar aqui comigo no quarto até a gente ir de alta. Daí é mais fácil, porque ele pode mamar direto no meu seio...”*

E3: *“Eu me preparei a gravidez toda pra dar de mamar pra ele e agora vem umazinha qualquer dizer que eu não posso! Quem ela pensa que é?”*.

Do mesmo modo como a tranqüilidade foi citada como essencial para uma ótima amamentação, a ansiedade materna, pelos mais diversos motivos, foi tida como empecilho para a mesma.

E3: *“Eu tô só um pouco ansiosa pra que ela consiga atingir o peso ideal”*.

E9: *“O que mais está me incomodado é essa minha ansiedade...Eu normalmente já sou bem ansiosa, mas depois que ela nasceu eu fiquei ainda mais. Tô com medo que ela morra, que se afogue, que pare de respirar, e acho que isso não tá me deixando dar de mamar direito”*.

A desinformação de poucas puérperas também foi levantada como um problema ao aleitamento materno.

E5, quando questionada sobre sua desinformação a respeito do aleitamento materno: *“Acho que ia ser mais fácil, porque a gente cria menos expectativa do que pode ocorrer. Mas depois de cinco filhos, eu acho que sei até bastante coisa”*.

O último problema de caráter psicossocial referente ao aleitamento materno, é o trabalho das mães fora do lar. Muitas da entrevistadas acharam que isto na verdade não seria um problema, ou pelo menos ainda não estavam preocupadas com ele. Das que o viam como um problema, muitas já pensavam em algumas soluções, nem sempre as mais adequadas.

E3: *“Daí eu tenho que arrumar um jeito. Porque assim... eu trabalho próximo da minha casa, então de repente eu vou rapidinho ou ele leva pra mim dar de mamar e depois volta, sei lá! Eu tenho que arrumar algum jeito, porque na verdade eu não queria deixar de dar”.*

E4: *“Eu só pretendo voltar à trabalhar depois que ele tiver uns 6 meses. Até lá eu vou dar de mamar”.*

E6: *“Eu só vou voltar a trabalhar se eu conseguir uma condição que eu possa trabalhar e cuidar dele ao mesmo tempo”.*

Eu falei pro meu marido, que às vezes a gente volta a trabalhar, daí tem que gastar com leite... às vezes ele não se adapta ao leite... compromete a saúde dele”.

E9: *“Eu ainda não pensei nisso, mas eu acho que quando eu voltar a trabalhar eu vou dar outro leite ou outra comida pra ele, afinal a minha mãe sempre tratou eu e os meus irmãos com “Leite Ninho”, e nós estamos vivos até hoje”.*

Portanto os principais agravos psicossociais foram: encontrar-se em ambiente hospitalar, preocupar-se com os demais serviços domésticos e com os outros filhos ao retornarem para casa, não dispor de muitos amigos e familiares que possam lhes ajudar, ignorar algumas formas simples de solucionar problemas da lactação e encontrar alguma maneira de continuar a amamentar seus filhos quando retornarem aos seus empregos.

5.3 Categoria “Dificuldades biológicas do aleitamento materno”

Contrariando as estimativas apresentadas pelos tratados de pediatria e ginecologia, ou devido a precocidade do período de aleitamento materno, a maioria das puérperas relatam não terem nenhum problema clínico referente ao aleitamento de seus filhos.

Dentre as poucas dificuldades encontradas, destaca-se o fato do bebê dormir ao seio durante a mamada. Apesar de algumas mães não verem isto como um problema, a grande maioria segue as instruções de retirá-los do seio após terem dormido, para evitar possíveis fissuras.

E1: *“Ele mama uns vinte minutos e dorme no seio”.*

“Eu ponho o meu dedo dentro da boca dele, como as enfermeiras me ensinaram e tiro ele do meu seio. Se não ele vai achar que meu seio é chupeta”

“Não acho isto ideal, mas acho também que não é nenhum problema tirar ele dali depois que ele dormiu”.

E4: *“è, mas ele dorme”.*

“Eu coloco o dedinho na boca dele e tiro ele dali”.

E7: *“è ruim, porque elas ficam muito dependentes da gente, sempre que forem querer dormir, tem que dar de mamar”.*

E8: *“ Eu até gosto quando ela dorme no meu seio, porque daí ela não tá chorando, tá mais calminha”.*

“Minha mãe disse que estas fissuras que eu tenho é muito porque eu deixo ela dormir no seio. Vê se pode uma coisa dessa ?”.

Algumas condições patológicas, das mães ou dos recém-nascidos, foram enumeradas como problemas para a amamentação, principalmente pela preocupação e ansiedade gerada nas mães.

E2: *"Eu acho engraçado!... Eu tenho catapora e todo mundo entra aqui, mas o meu filho não pode vir mamar em mim e eu mal posso ver e tocar nele"*.

E3: *"Ela tava com baixo peso, então eu tenho que tá toda hora dando de mamar"*.

"A glicose dela também tá baixa por causa do peso, então eu tô preocupada com essa coisa dela pegar bem...".

E4, referindo ao fato do bebê mamar em várias pequenas quantidades: *" Eu creio que ele quer descansar um pouquinho, porque o nariz dele tá um pouquinho trancado também"*.

E6: *"A posição influencia bastante, porque ontem eu tava com muita dor nas costas e passei amamentar ele numa posição diferente que me ajudou bastante... Diminuiu bastante a dor"*.

"Em vista do parto normal a cesárea é bem pior. Porque com o parto normal eu fiquei dois dias no hospital e fui embora tranquilamente, super bem!".

Estas mesmas condições patológicas que afastaram os recém – nascidos de suas mães, levaram a um novo problema, a ordenha manual ou com bombinha, referida como dolorosa e desconfortável.

E1: *"Ontem e ontem - ontem, eu tinha que tirar o meu leite com a mão ou com a bombinha pra levar pra ele mamar, daí doía um pouco"*.

E2: *"Eu tô tirando leite com a mão todo dia dentro de um copinho"*.

"É desconfortável ficar tirando leite com a mão e pior ainda com aquela bombinha que elas querem que eu uso".

E8: *Olha só... primeiro começou a me dar fissura, daí a minha filha não podia mamar porque me dava muita dor... agora meu seio tá empedrando porque ela não tá sugando e pra completar e eu tenho que ficar tirando leite com a mão dentro de um copinho pro meu namorado dar pra ela de seringa , e daí, a dor é insuportável, pior que a do parto dela"*.

As fissuras e todas as suas conseqüências, como descritas por esta última entrevistada, também foram relatadas por outras poucas puérperas.

E3: *“Eu tava colocando ela pra mamar por mamar. Em vez dela sugar pra produzir o leite, ela tava sugando só o biquinho do peito. Daí até fez um machucadinho”*.

Finalmente, a última dificuldade de cunho biológico encontrada foi a pega ao seio materno de maneira incorreta, associada ao pouco tempo de cada mamada.

E3: *“Ela mamava dez minutinhos e parava”*.

“Ela tava pegando só o biquinho, ela não tava pegando a aréola toda. Porque eu não tava colocando corretamente na boca da criança”.

E4: *“Ele mamava de dez a quinze minutos... mas agora ele começou a mamar mais”*.

E5: *“Ele mama uns cinco minutos...è suficiente porque ele para e pega denovo...dois minutos depois”*.

Portanto, dentre as dificuldades clínicas destacam-se: doenças maternas ou dos recém-nascidos que interferem na lactação, alguns casos de mastalgias e fissuras mamárias, o fato dos bebês dormirem ao seio durante as mamadas e a pega incorreta ao seio, sendo que estas dificuldades não têm tanta importância para as mães como é dado pelos profissionais da saúde.

6. CONCLUSÕES.

A tranqüilidade da mãe durante o momento da mamada, foi citada pela maioria das entrevistadas como essencial para que este momento fosse ideal.

Surpreendentemente, apesar do período especial em que estavam vivendo, a maioria das puérperas diziam estar experimentando esta tranqüilidade durante a amamentação de seus filhos.

Entretanto, apesar de à primeira vista este fato ser positivo, devemos nos perguntar se estas mães irão conseguir obter este item visto por elas como tão essencial, para o resto da amamentação de seus filhos? E se não a conseguirem, a ausência deste fator não poderia contribuir para o desmame precoce?

”Bem certinho, bem certinho, a gente devia ficar pelo menos no resguardo só cuidando da gente e do bebê. Mais isso é coisa de madame, né? Então eu tenho que ir fazendo o que eu dou conta. É claro que não vai ficar como era antes até ele crescer, mas a gente dá um jeito”.

Esta frase leva-nos à conclusão de que apesar de terem um conceito bem formado de como deve ser o momento da amamentação ideal, muitas puérperas de classes sociais mais baixas, acreditam que este momento é privilégio das mulheres de classes sociais mais privilegiadas.

“Amamentar é que nem qualquer outro relacionamento. No início você está apaixonada e acha tudo maravilhoso, não vê problema em nada. Com o passar do tempo, qualquer probleminha é motivo para romper este relacionamento”.(Depoimento de uma lactante à Revista Mamãe e Bebê, Editora Globo).

Esta frase possivelmente é a que melhor resume a principal conclusão obtida neste trabalho. Na maioria das vezes, quando questionadas sobre quais dificuldades elas, as puérperas, estavam enfrentando para amamentar seus filhos, a resposta inicial e imediata foi “nenhuma”.

Provavelmente estas respostas eram resultado de um ponto de vista materno, que naquele momento era deslumbrado, pois em grande parte das vezes, os problemas apesar de não citados ou posteriormente lembrados, existiam e foram algumas vezes percebidos pela entrevistadora.

A falta de ajuda com os afazeres domésticos e com os outros familiares é um exemplo disto. Muitas das puérperas entrevistadas iriam voltar para casa e deparar-se com todos os serviços domésticos para realizar, com todos os outros filhos para cuidar, além dos cuidados com seus esposos, sendo que na maioria das vezes, não contariam com ajuda ou seriam pouco ajudadas por vizinhas ou filhos mais velhos. Entretanto muitas das entrevistadas achavam que esta realidade não era necessariamente um problema e que elas dariam conta de controlá-lo.

È óbvio que esta falta de tempo destas novas mães contribui para que o aleitamento não seja perfeito, pois afinal uma mãe preocupada com todas estas outras coisas, não pode dedicar-se o tempo necessário e com a tranqüilidade necessária à lactação.

Um outro problema descrito, mas muitas vezes não reconhecido, foi uma visão machista a respeito das responsabilidades de seus companheiros com o bebê. As puérperas de mais idade (entre 30 e 40 anos), descreveram muitas vezes que não poderiam contar com a ajuda de seus companheiros, pois estes “trabalhavam fora” e portanto “chegavam cansados em casa”. Já as puérperas mais jovens, sempre relataram que contariam com esta ajuda, em menor ou maior grau.

Esta discordância pode refletir a diferença cultural existente entre estes dois grupos etários, o que demonstra um dos fatores que está contribuindo para uma maior incidência de aleitamento nos últimos anos.

Além dos serviços domésticos, os serviços fora do lar foram aventados como um futuro problema na amamentação. Algumas mães iriam retornar ao trabalho antes de seus filhos completarem seis meses de vida, o que dificultaria o aleitamento materno exclusivo até esta idade. No entanto muitas delas conheciam a necessidade de lactação até esta idade e já tentavam achar algumas soluções para quando este problema realmente chegasse.

A respeito das dificuldades de cunho biológico, uma grande surpresa foi notada. Inversamente ao exposto em livros didáticos, este tipo de dificuldade foi citado poucas vezes, e quando as faziam, não lhes davam grande ênfase.

Isto nos faz refletir sobre a forma errônea que muitos profissionais da saúde, dão prioridades a problemas que muitas vezes não são os principais responsáveis pelo insucesso do aleitamento materno em nosso País. Damos ênfase às mastites, fissuras e hipogalactia, enquanto nos esquecemos dos problemas de estrutura familiar destas mulheres.

Cabe ainda a este trabalho concluir que os grandes disseminadores de informação a respeito do aleitamento materno, pelo menos neste grupo de entrevistadas, não foram os médicos que tanto estudam para tal, mas sim profissionais de enfermagem, da nutrição e alguns voluntários. Talvez isto expresse o pouco tempo do contato do médico com a puérpera, impedindo um envolvimento maior com os problemas que suas pacientes possam estar enfrentando e é óbvio, contribuindo para o desmame precoce.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. BITTAR, R. E.; ISSLER, H.; ZUGAIB, M. **A questão do incentivo ao aleitamento materno no pré-natal.** Revista. Ginecologia e Obstetrícia. v.3, n.2, p.91-4, 1992.
2. SiILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** São Paulo. Robel Editorial, 1997.
3. MARCONDES, E. **Pediatria Básica.** 8 ed. São Paulo. Ed Sarvier, 1999.
4. LUCAS, A. et al. **Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm.** Lancet, 339:261-4, 1992.
5. COMITÊ NACIONAL DE PROTEÇÃO DO TRABALHO DA MULHER. **Direitos da Mulher Trabalhadora.** Brasília. Ministério da Saúde, 1991.
6. VICTORIA, C.G. et al. **Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infections diseases in Brazil.** Lancet, 2:319-21, 1987.
7. PRADO, F. C. **Atualização terapêutica 2001.** 20a ed. São Paulo. Ed Artes Médicas, 2001.
8. VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação.** São Paulo, Balieiro Ed. Ltda., 1999.
9. VINHA, V. **Projeto aleitamento materno. Auto cuidado com a mama puerperal.** São Paulo. Sarvier Fapesp, 1994.
10. HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. **Normas de implantação-MS.** Brasília, 1993.
11. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3 ed. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1994.
12. BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: 70/ LDA, 1997.
13. GAMA.L.A. **Educação Popular em Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: CCS/ UFSC, 2003.

8. NORMAS ADOTADAS.

Este trabalho foi realizado segundo normas da Resolução número 001/01 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC, 4ª edição.



03750851