



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Factores sociales que influyen en la lactancia de los prematuros recién nacidos: estudio descriptivo

Leila Rangel da Silva¹, Maria Emanuele Izidro de Souza Elles², Maíra Domingues Bernardes Silva³, Inês Maria Meneses dos Santos⁴, Kleyde Ventura de Souza⁵, Sheini Manhães de Carvalho⁶

1,4 Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro; 2 Hospital Federal de los Servidores del Estado; 3 Hospital Central de la Policía Militar del Estado de Rio de Janeiro; 5 Universidad Federal de Minas Gerais; 6 Asociación Brasileña de Enseñanza Universitaria

RESUMEN

Objetivo: Describir las dimensiones sociales que potencializan e/o interfieren en la lactancia materna.

Método: Pesquisa descriptiva, con abordaje cualitativo, con la participación de más de 30 madres y realizada en el ambulatorio del segmento de los recién-nacidos ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de una Maternidad Municipal de Rio de Janeiro. Los datos fueron colectados a partir de un cuestionario semi-estructurado, en el período de julio hasta agosto de 2008, después de la aprobación del SMS/RJ, protocolo nº 89/08, con 30 madres, siendo analizados a la luz de la Teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Resultados: Se identificaron cuatro categorías: influencias tecnológicas en la lactancia materna; apoyo familiar y social e la lactancia; influencias de la cultura y de las experiencias familiares anteriores en la lactancia materna y los aspectos biológicos de la lactancia.

Conclusión: Los factores se entrelazan y son influyentes entre sí dentro de la estructura social de las mujeres en el proceso de lactancia.

Palabras clave: Enfermería Transcultural; Prematuro; Lactancia Materna

INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como objetivo ver las dimensiones sociales que interfieren y/o potencializan la experiencia de la lactancia materna en los prematuros recién nacidos (RNpt) egresos de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce los beneficios y las ventajas de la lactancia materna y por así ser, recomienda la lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida del niño y continuando, después con la introducción de alimentos complementares apropiados, hasta los dos años o más ⁽¹⁾.

En Brasil, la lactancia materna ha sido una prioridad en las acciones gubernamentales a lo largo de los últimos 30 años. En respuesta, se observa la evolución favorable de los indicadores de la lactancia, como por ejemplo, el aumento de la duración en la mediana de esa práctica en el país ⁽²⁾. Aun así el país precisa avanzar de mucho para cumplir la recomendación de la OMS en lo que se refiere a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida. Datos de una pesquisa nacional, realizada en 2008, apunta que sólo 9,3% de los niños amamantan de forma exclusiva en la edad de 180 días⁽³⁾.

Factores más amplios y complejos han influenciado la práctica de la lactancia materna en nuestro país, tales como: nivel socioeconómico, grado de escolaridad, edad y trabajo materno, urbanización, condiciones del parto, incentivo del marido/compañero y familiares y el deseo de la mujer de amamantar. Vale referir que todos ellos, comprendidos como factores de la estructura social, han sido relacionados a las razones que llevan al desmame precoz ⁽⁴⁾. Por ser la lactancia materna un proceso que envuelve factores culturales, sociales y políticos de múltiples y amplias dimensiones, muchos profesionales de la salud, en especial la enfermería, necesitan prepararse mejor para, poder lidiar ⁽⁴⁾, incluyendo manejo clínico adecuado y el uso de técnicas de habilidades de comunicación.

Para la enfermera y antropóloga Madeleine Leininger, el cuidado humano es universal, siendo experimentado, diferentemente, en las diversas culturas ⁽⁵⁾, y en su Teoría del Cuidado Cultural (TCC), sobre la Diversidad y Universalidad, preconiza la necesidad de

ese tipo de conocimiento para el desenvolvimiento de la práctica asistencial de enfermería de calidad y humanística ⁽⁶⁾.

Llevando en consideración que sociedad y cultura están imbricadas en la vida de la mujer y que valores, creencias y modos de vida están íntimamente relacionados con el proceso de amamantar, para aprenderlo, se exige relacionar las estructuras socioeconómicas y la vivencia cultural de la mujer, así como, el de familia, comunidad y el de la sociedad, además de la condición de salud de la madre y del niño.

Con esta perspectiva, se buscó describir la realidad vivenciada por las madres que deciden amamantar, intentando minimizar los factores y las barreras socioculturales que impiden la lactancia materna, con el propósito de proporcionar el mayor tiempo posible para amamantar a sus hijos, recién nacidos egresos de unidades críticas, como es el caso de prematuros.

Para tanto, se trazó como objetivo de estudio: describir las dimensiones sociales que potencializan y/o interfieren en el proceso de lactancia materna en RNPT egresos de la UTIN.

Referente a la asistencia y la pesquisa en enfermería, el estudio ofrece subsidios para el cuidado con foco cultural, contribuyendo también para la ampliación del conocimiento sobre la temática. Se destaca que esta pesquisa viene al encuentro de los estudios desarrollados por el Núcleo de Pesquisa, Estudos y Experimentación en el área de la Salud de la Mujer y en la del niño (NuPEEMC) de la Escuela de Enfermería Alfredo Pinto (EEAP) de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro (UNIRIO).

METODOLOGIA

Estudio descriptivo con abordaje cualitativo, aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de la Secretaria Municipal de Salud de Rio de Janeiro (SMS-RJ), protocolo número 89/08, el 23 de Junio de 2008, considerándose lo que prevé la Resolución nº 196/96⁽⁷⁾.

Las participantes, tras recibir todos los esclarecimientos pertinentes al estudio, firmaron

el término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Para mantener el anonimato, fueron codificadas con nombres de estrellas y constelaciones.

El campo de estudio fue una Maternidad Municipal, situada en la zona Norte de Rio de Janeiro, que posee una UTIN y un ambulatorio de *follow-up* de la UTIN. Esta institución fue la primera, del municipio, a recibir el título de Hospital Amigo del niño. Todos los RNPt de este estudio recibieron alta de la UTIN con consulta marcada en el ambulatorio de seguimiento, de los recién nacidos de riesgo, de la maternidad — o *follow-up*, utilizando la expresión inglesa ⁽⁸⁾.

Participaron de la pesquisa 30 madres que atendieron a los siguientes criterios de inclusión: madres de recién nacidos pre-término egresos de la UTIN, con internación superior a siete días, que amamantaron u ordeñaron leche humano durante la internación de sus hijos con registro de ida a las consultas de *follow-up*, y que aceptaron participar de la pesquisa. Vale destacar que la cantidad de madres deponentes, fue determinada tras la obtención del punto de saturación ⁽⁶⁾.

Para la producción de los datos, fue utilizado un cuestionario con preguntas que versaban sobre la identificación y la caracterización socioeconómica, demográfica y cultural de los sujetos y finalmente, sobre el proceso de la lactancia. Se utilizó, primeramente, un cuestionario piloto, siendo entrevistadas siete madres antes de la definición del cuestionario patrón. Fue también utilizada una entrevista semi estructurada grabada en cintas magnéticas (K7). De este guión se constaron cuestiones abiertas que favorecieron el análisis de las dimensiones sociales que potencializan y/o interfieren en el proceso de la lactancia. La estrategia fue adoptada, así, para contemplar el objetivo del estudio.

Fueron estudiadas las características sociales, económicas, demográficas (edad, escolaridad, ocupación, renta familiar, color, situación conyugal) y culturales, y las relacionadas al proceso de lactancia (tipo de lactancia, inicio y/o establecimiento de la lactancia o el desmame precoz; período de lactancia). Los datos fueron grabados y analizados con base en el análisis temático ⁽⁹⁾.

Las informaciones fueron organizadas y organizadas en archivos individuales. Después de la organización de las declaraciones, éstas fueron agrupadas por semejanzas y de esta

forma, algunos fueron hilvanados junto a los otros. Enseguida, los datos colectados pasaron por un proceso de reducción, lo que permitió agrupar las declaraciones en temas por semejanza. Se constituyeron así, subtemas y finalmente, hubo la definición de los temas más abarcadores, que incluyeron los temas menores ⁽⁹⁾.

Para identificar las dimensiones sociales y culturales, fue utilizado, como base teórica, el primer nivel del Modelo de Sunrise, uno de los instrumentos utilizados en la Teoría del Cuidado Cultural de Leininger⁽⁶⁾. Esta herramienta estudia siete factores de las dimensiones de la estructura social: tecnológicos, religiosos y filosóficos, de compañerismos y sociales, culturales y modos de vida, políticos y legales, económicos y educacionales.

RESULTADOS

Perfil de los sujetos del estudio

La construcción del perfil social refleja más que el ambiente que rodea al niño y a la madre, refleja también un conjunto de necesidades, las cuales nos dan soporte para una visión cultural ⁽⁵⁾. En este estudio, el perfil de los sujetos facilitó la comprensión de los aspectos sociales y culturales del grupo en estudio.

Así, en relación a la edad, de las 30 deponentes, se identificó que 13 tenían edad entre y 30 años. Cuanto al estado civil, 10 declararon unión de hecho, pero hubo, también, un número expresivo de boda civil y religiosa, con seis mujeres. Las madres, en su mayoría (21), no trabajan fuera de casa y son amas de casa.

Referente a la escolaridad, la mayoría (19) posee nivel medio completo o está concluyéndolo. Siendo que gran parte de ellas (28) refirió renta familiar entre 1 y 5 salarios mínimos. Referente a la religión, 16 dijeron ser católicas. Cuanto al requisito color de la piel, 11 se auto declararon blancas, 12, morenas y 7 de color negro.

Referente al número de hijos, 16 tenían solamente un hijo. En relación al tipo de parto realizado, 19 refirieron parto cesáreo y las demás, parto normal. En relación a la edad

gestacional, 15 con edad entre 31 a 33 semanas, 9 entre 34 a 36 semanas y 6 entre 28 y 30 semanas.

La pesquisa fue realizada en un escenario favorable a la lactancia, por tratarse de un hospital con título de "Amigo del Niño". No obstante, aunque los beneficios y las ventajas para las mujeres, sus bebés y sus familias relativas a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, se encontró en el grupo estudiado, factores de las dimensiones de la estructura social y cultural que directa e/o indirectamente fueron influyentes en el proceso de lactancia.

Se sabe que el proceso de lactancia materna tiene sus especificidades y algunas condiciones necesarias para acontecer. Es necesario, ante todo, comprender las posibilidades de cada mujer para el acto de amamantar. La competencia de quien va apoyarla y orientarla, en la superación de sus límites, también es imprescindible. El mayor ejemplo de esta última exigencia es tener sensibilidad y empatía para compartir sus dolores e inseguridad. Se destaca la importancia de acciones integradas, o sea, no separar los aspectos biológicos de los sociales, culturales e históricos, teniendo en cuenta que la lactancia materna no es sólo un acto biológicamente determinado, sino también socio culturalmente condicionado ⁽⁶⁾.

Fue posible, identificar y describir de forma más acentuada los factores tecnológicos, de compañerismo y sociales, culturales y de modos de vida, acrecentando, en el primer nivel del Modelo de Sunrise, los factores biológicos.

Durante el estudio se identifico, también, el apoyo y la información prestada a esas madres cuanto a la importancia de la lactancia exclusiva para su bebé y las dificultades del prematuro - que pueden ser enfrentadas para disminuir las estadísticas del desmame precoz. Los factores, conforme demuestra Leininger en su teoría, se entrelazan y por tanto, son factores influyentes entre sí ⁽⁶⁾.

En este estudio, fueron identificados tres de los siete factores: tecnológicos, de compañerismo y sociales, culturales y modos de vida. Acrecentamos a ellos más un factor, además de los preconizados por Madeleine Leininger, que fue el factor biológico, totalizando, así, cuatro factores, conforme cuadro 1:

Cuadro1 - Factores que potencializan o interfieren en el proceso de lactancia

Factores	Características Definidoras
Factores tecnológicos	Uso de sonda orogástrica, tiempo de internación en la UTI y UI y uso de respirador artificial (Inter 5, CPAP) prolongados.
Factores de compañerismo y sociales	de Apoyo e informaciones de profesionales de la salud, ONGs, Banco de leche. Apoyo familiar (suegra, compañero, amigas, madres y abuelos).
Factores culturales y de modo de vida	La cultura de la lactancia materna exclusiva de la unidad y la cultura familiar vivenciada en varias etapas de la vida mujer como hija, hermana, esposa y madre.
Factores biológicos	Complicaciones maternas (bolsa rota, pre-eclampsia, infección urinaria), pezones planos e hipogalactia. Prematuridad del recién nacido.

Fuente: Datos de la pesquisa

Tras el análisis, fueron codificadas cuatro categorías analíticas: 1) Influencias tecnológicas en la lactancia materna; 2) El apoyo familiar y social en la lactancia materna; 3) Influencias de la cultura y de las experiencias familiares anteriores en la lactancia materna y 4) Aspectos biológicos y la lactancia materna.

DISCUSIÓN

Influencias tecnológicas en la lactancia materna

Los sujetos de este estudio demuestran en sus declaraciones que vivenciaron, de cerca, el uso de la tecnología para la manutención de la vida de sus hijos, teniendo en vista el

tiempo de internación en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. El uso de sondas y drenajes, de acuerdo con las declaraciones, Perjudicó el proceso de lactancia y su continuidad.

[...] No pude amamantar mientras mi hijo estaba internado porque él se quedó en la UTI y sólo vino a tomar, la leche, después de algunos días, pero asimismo era por medio de la jeringuilla porque no podía sacarlo de la incubadora [...] no daba para sacarlo, porque él tenía un drenaje en el tórax y no podía moverlo a toda hora y además de eso, él se quedó sedado, entonces no había como, era sólo por sonda, en la UTI, después él para la UI y cuando yo me fui es que logré amamantar. (Osa Mayor)

Es importante resaltar, a partir de este relato, las posibilidades de contribución del enfermero para la transformación gradual del modelo de atención a la salud vigente, que predomina en gran parte de los servicios, substituyendo el paradigma tecnológico por el humanístico ⁽¹⁰⁾. En este sentido, el camino a ser recorrido, particularmente pela Enfermería/Enfermero es el de la (re)invención de actitudes y prácticas que consideren la articulación saber-práctica, de modo a ultrapasar el campo biológico⁽¹¹⁾.

El factor de compañerismo, o sea, el apoyo recibido por la familia se mostró presente, pudiendo ser representado en la declaración siguiente:

[...] No tuve punta en el pezón, entonces, intenté extraer con la bomba. Mi madre me enseñó los masajes para estimular la punta del pezón, pero no dio cierto. Ah! Sólo intentar, pero nada de punta y el bebé se quedó mucho tiempo en la UTI, la leche se secó. (Crucero del Sur)

Así, los factores de compañerismo y sociales pueden ser potencializados y al mismo tiempo fortalecer las mujeres en el proceso de amamantar, aunque pesen las dificultades, como en ese caso, representado por la separación entre madre e hijo.

El apoyo familiar y social en la Lactancia

Por las declaraciones de las madres, se queda claro que el apoyo, tanto familiar como institucional, por los profesionales de la salud, es de suma importancia para el suceso de la lactancia materna. El cuidado, tanto de la familia como del enfermero, ofrece la

información sobre que hacer y como cuidar un RNPt, como alimentarlo, sacar sus dudas sobre la capacidad de nutrir sus hijos y amenizar las inseguridades.

Delante de tales consideraciones, la familia no puede ser vista solamente como aquella que debe cumplir las acciones determinadas por los profesionales de la salud. Al reconocer el papel de la familia - responder por la salud de sus miembros - el profesional de la salud debe considerar las dudas, las opiniones y la actuación del núcleo familiar en la propuestas de sus acciones en la salud. Se sabe que los beneficios del apoyo social son más notables cuando son ofrecidos por la familia y por los amigos de que con personas externas al núcleo familiar ⁽¹²⁾.

La familia es la unidad de cuidado de sus miembros. Esto implica conocer como cada familia cuida, e identificar sus fuerzas, sus dificultades y sus esfuerzos para dividir las responsabilidades ⁽¹²⁾. El vínculo entre la familia y el profesional es un importante aliado en la solidificación de un nuevo modelo asistencial ⁽¹¹⁾.

[...] Estaba con mucho miedo. Ah, yo venía al médico, él fue explicándome y fui aprendiendo. Fue todo fácil, pero así después de nueve meses, y mi colega iba orientándome explicando... Como amamantar no acostándome y colocar él al lado... las otras experiencias con mi primera hija. Mi suegra y mi marido me decía que era bueno, que daba salud para ella y ahí fui dando, ella mamó hasta los 3 años y medio. (Antares)

[...] lo que yo sé, lo aprendí con mi madre y con mis buenas amigas, haciendo masajes en el seno y para donar al banco de leche y no tuve ninguna dificultad. (Columba)

Vale destacar que, de acuerdo con el perfil de esas mujeres, se verificó que 21 madres eran amas de casa, sin trabajo de renta fija y mitad de estas amamantaron. Ya entre las otras nueve madres (que trabajaban), la mayoría de ellas (siete) amamantaron a sus hijos. Con base en estas informaciones, verificamos que las orientaciones de los profesionales de la salud o de los grupos de apoyo, el incentivo y la presencia de familiares (compañero, madre, suegra, amigos) influyeron positivamente en el proceso. Así como, es claro, el deseo de la mujer en amamantar.

Cuando tenemos en cuenta la relación entre la ocupación de la madre y el acto de amamantar, los datos obtenidos están de acuerdo con un estudio que utilizó la escala sobre la autoeficacia de la lactancia materna. El trabajo en cuestión también concluye que no hay cualquier asociación entre la actividad desarrollada por la madre y el poco tiempo de lactancia exclusiva ⁽¹³⁾.

En ese proceso de conocimiento de la familia, el profesional necesita tener una visión de las relaciones que la familia mantiene con los vecinos y los demás parientes. La red de soporte social, mantenida por la familia, es evidenciada, principalmente, cuando las familias están pasando por algún momento difícil con sus miembros o cuando están viviendo una situación de riesgo. El cuidado familiar es enriquecido por las relaciones sociales formadas por parientes, amigos y vecinos. Para las familias en situación de crisis y hasta en lo cotidiano de la vida familiar, las personas próximas y significativas desarrollan un papel importante ofreciendo ayuda en varias situaciones.

Influencias de la cultura y de las experiencias familiares anteriores en la lactancia

Las experiencias anteriores de la madre, abuela, amigas y aquellas adquiridas en la maternidad "amiga del niño", a partir de la interacción con los profesionales de la salud, constituyeron las llamadas influencias de valores culturales. La investigación constató su importancia en el proceso de lactancia, así como sus modos de vida sociales y familiares. Todos estos valores culturales potencializaron en las mujeres la capacidad de dar a los recién nacidos una buena lactancia. Esto, no obstante, ni siempre aconteció de forma exclusiva en los primeros seis meses, por cuenta de las dificultades y barreras que enfrentaron por ser madres de RNPt. El insuceso de la mayoría se debió por razones personales y del conflicto derivado, por un lado, el deseo de amamantar, y del otro, la inmadurez del RNPt. Así como de las complicaciones con las cuales convivieron desde el nacimiento.

Madeleine Leininger ha definido cultura como valores, creencias, normas y modos de vida de una cultura en particular, aprendidos, compartidos y transmitidos, que orientan el pensamiento, decisiones y acciones, de modo esquematizado y frecuentemente entre generaciones ⁽⁶⁾. Las declaraciones aquí reproducidas ilustran bien las categorías teóricas sustentadas por la autora:

[...] Yo aprendí la mayoría de las cosas aquí en la maternidad. Él se quedó internado, pero yo no salía de aquí [...] en mi familia, no se amamantaron muchos a los niños, yo que quise permanecer hasta los 6 meses sólo dando leche materna, entonces ellos querían darle luego comida, entonces nunca nadie quiso que yo amamantase, cuando fui para casa ellos querían que yo le diera luego sopa, ahí yo dije: no, voy a quedarme hasta los 6 meses con él sólo con el pecho. (Osa mayor)

Las entrevistadas demuestran aun que es en el medio donde viven – que comparten alguna información sobre la lactancia – que las mujeres formulan sus propias ideas y valores:

[...] Tuve rajaduras de los tres, ahí coloqué cáscara de plátano, que mi madre me dijo y una pomada que el ginecólogo mandó, después acabó. (Antares)

[...] Mi amiga y mi abuela me dijeron [...] para no dejar él eructar en el pecho se no la leche seca. (Alfa Antari)

Aspectos biológicos y la lactancia

Diversos aspectos evidenciados, en los datos colectados, fueron relevantes en la pesquisa. Destacamos, entre ellos, las complicaciones maternas (bolsa rota, pre-eclampsia, infección urinaria), pezones planos e hipogalactia y la prematuridad del recién nacido. Todos ellos fueron analizados como factores biológicos que interfirieron en la experiencia de amamantar.

Por eso, tales factores biológicos no pueden ser desvinculados de las dimensiones sociales y culturales. Se debe tener en cuenta, en el caso, la fragilidad en las primeras horas de vida de los RNPt, la permanencia de varios días de internación en unidades de cuidados neonatales por largo tiempo y su succión deficiente debido a la inmadurez. Es relevante observar también que el vínculo de la lactancia, tras el nacimiento, no se establece, en la mayoría de las veces, porque, inicialmente, el RNPt recibe la alimentación con el auxilio de sondas y permanece en la incubadora por muchos días.

Delante de esto, amamantar es fundamental, en las primeras horas, para esos RNPt, no sólo para mejorar el reflejo de succión, sino también para el soporte nutricional y psicológico que la lactancia materna proporciona, tanto al bebé como a la puérpera en condiciones de realizarla.

Se observó también, en los datos colectados, que los motivos de muchos días de internación fueron por peso bajo (8) y por insuficiencia respiratoria (9) – o sea, pulmones incipientes. De esta forma, el tempo de internación y la necesaria utilización de recursos tecnológicos, además de la prematuridad, interfieren y comprometen el saludable proceso de la lactancia materna con sus recién nacidos.

Además de las complicaciones maternas y de las limitaciones de la prematuridad, explicitadas en las declaraciones, otro aspecto relevante, dentro de las unidades de cuidados neonatales, es la lactancia de los RNPt en esas unidades. Este procedimiento exige mayor cuidado debido a la limitación gástrica del RNPt cuando él se encuentra en condiciones de ser alimentado. La leche de la propia madre es lo más indicado porque contiene, en las primeras cuatro semanas, alta concentración de nitrógeno, proteínas con función inmunológica, lípidos totales, ácidos grasos, vitaminas A, D y E, calcio y energía, cuando comparado al leche de las madres de neonatos a termo. El recién nacido permanece en alerta por períodos muy cortos, pero es capaz de alimentarse al seno, desde que el procedimiento sea conducido con auxilio y apoyo apropiados.

[...] yo no tuve punta en el pezón, para él halar y ahí él no conseguía chupar, todo día yo lo ponía para mamar, pero él no consiguió. Mi madre amamantó los tres hijos y tuvo suceso, porque ninguno fue prematuro. (Veja)

[...] Él tuvo dificultad en la succión [...] Intenté dar el pecho, pero él no mamaba, ni conseguía beber en el vasito. (Polar)

Ya en relación a la edad gestacional, verificamos la interferencia del factor biológico de la prematuridad en el proceso de iniciación de la lactancia materna. En el período de 28 a 30 semanas de embarazo, ninguna de las mujeres consiguió amamantar. Las madres declararon tener pezones planos, debido al largo tiempo de los RNPt en la UTIN y mencionaron también hipogalactia y dificultades de succión. Entre 31 y 33 semanas de

embarazo, solamente un tercio del universo pesquisado consiguió amamantar. En la etapa de 34 a 36 semanas, todas amamantaron, y vale destacar que, en esta edad gestacional mayor, sus hijos no permanecieron más que 20 días en la UTIN y no presentaron problemas graves de insuficiencia respiratoria y de succión.

A la luz de los datos colectados y presentados, este estudio confirma una pesquisa realizada sobre el proceso de amamantar, con madres de RNPt hospitalizados⁽¹⁴⁾. La literatura, ya existente sobre el tema, considera las diferentes dimensiones en la lactancia e indica que el camino a ser trazado, por parte de los servicios/profesionales de la salud, es el de la (re)innovación de actitudes y prácticas, basadas en el contexto social y en las posibilidades y limitaciones individuales de las madres, como también, la condición clínica del recién nacido.

CONSIDERACIONES FINALES Y LAS IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

Al identificar las dimensiones de la estructura social y cultural, referentes al conjunto de factores que constituyen la estructura social de las mujeres investigadas, procuramos entender la importancia de la necesidad de ver el binomio madre-hijo de una manera más abarcadora y compleja. No se trata, por lo tanto, de sólo estudiar y definir los porqués del suceso o del insuceso de la experiencia de amamantar, sus posibilidades y límites. Por eso, nuestro foco fue conocer los principales y relevantes factores - por medio de las declaraciones de las madres de los RNPt egresos de la UTIN - que interfieren en el saludable proceso de amamantar.

Concluimos que la estructura social de esas mujeres impuso algunos factores de interferencia en la experiencia de amamantar, entre ellos, la internación prolongada de los recién nacidos sometidos a procedimientos invasivos y terapéuticas necesarias en virtud de su prematuridad. Otra evidencia encontrada fue o conjunto de factores de dimensión biológica, tanto los relativos a la prematuridad, como a los relacionados a las complicaciones maternas - que apartaron a los RNPt del inicio del proceso de la lactancia materna.

Por otro lado, encontramos factores que potencializan la lactancia en este mismo contexto social que envuelve, en parte, los valores culturales presentados por las entrevistadas. Son ellos, el compañerismo y la convivencia social, de esas mujeres, por parte de sus madres, suegras, compañero, profesionales de la salud y los grupos de apoyo (enfermeros, médicos, buenas amigas, banco de leche, fonoaudiólogo y psicólogos). Así como las experiencias e informaciones pasadas por las madres, amigas y profesionales de la maternidad para las madres de esos RNPt también son de suma importancia para el incentivo al acto de amamantar, de acuerdo con las declaraciones. Según las entrevistadas, el apoyo recibido les daba la confianza necesaria para cuidar y alimentar a sus hijos cuando los veían tan frágiles y pequeños.

Este estudio analizó no sólo el porqué del insuceso del proceso de amamantar de esos RNPt egresos de la UTIN, sino también las vivencias de sus madres. Vale destacar que algunas dimensiones sociales y culturales, sean ellas religiosas, filosóficas, políticas, legales, económicas y educacionales, no fueron evidenciadas en este estudio. Pero, como son reconocidamente influenciadas por el esquema del cuidado y por el modo de vida de las personas, y posiblemente de estas mujeres, estas variables deben ser estudiadas en posteriores pesquisas.

CITAS

1. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the press nº 7. [periodic Online] 2001. [Cited 2012 April 02]. Available from: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>
2. Victora CG, et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet Health in Brazil. 2011 May 9. [cited 2012 mar 4]. Available from: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal [Internet]. Brasília: MS; 2009. [cited 4 março 2012]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.
4. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias, LA de, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1):87-94.
5. Silva MDB, Silva LR da, Santos IMM dos. O cuidado materno no manejo da asma infantil: contribuição da enfermagem transcultural. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(4): 772-79
6. Leininger MM, McFarland RM. Cultural care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2ª ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett publishers; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
8. Santos IMM dos. A maternagem de mulheres com filho pré-termo – bases para a assistência de enfermagem neonatal [Tese]. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; 2009, p. 212
9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
10. Soares CAC. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Cad Saúde Pública. 2007; 23(4): 979-981.
11. Souza KV de, Tesin RR, Alves VH. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. Acta Paul Enferm. 2010; 23(5):608-613.
12. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR dos, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá (Eduem); 2002. p.11-24.
13. Corredor DCC, Día BM, Pinilla J, González GMC, Díaz LC. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. Aquichan. 2010, 10(3):204-213.
14. Tavares MC, Aires JS dos, Dodt RCM, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [periodic online]. 2010; [Cited 2011 April 8]; 9(1):[about ## p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2717/599>

Recibido: 02/08/2011

Aprobado: 15/03/2012