



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

SABRINA MAGALHÃES PEDROSA ROCHA PINHEIRO

**A VIVÊNCIA MATERNA DURANTE A AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-
NASCIDOS PREMATUROS**

FORTALEZA-CE

2012

SABRINA MAGALHÃES PEDROSA ROCHA PINHEIRO

A VIVÊNCIA MATERNA DURANTE A AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS

Dissertação de Mestrado submetida ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes

FORTALEZA

2012

SABRINA MAGALHÃES PEDROSA ROCHA PINHEIRO

A VIVÊNCIA MATERNA DURANTE A AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS

Dissertação de Mestrado submetida ao
Curso de Mestrado Profissional em Saúde
da Criança e do Adolescente da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre.

Defesa em: ____ / ____ /2012

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Ana Júlia Couto Alencar
Universidade Federal do Ceará (1º membro)

Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues
Universidade Estadual do Ceará (2º membro)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela saúde e paz indispensáveis para a superação de mais este desafio e pela felicidade deste momento.

Às participantes deste estudo, pela prontidão com que me receberam, algumas no ambiente hospitalar, outras na intimidade de seus lares, todas disponíveis e que muito contribuíram para a compreensão da vivência da amamentação com os filhos.

A Luciano Fontenele Moraes Pinheiro, meu esposo, amigo e companheiro, por compartilhar todos os momentos de minha vida, pelo incentivo, por entender as minhas escolhas e por acreditar na importância desta conquista para nós.

A Lucas Rocha Pinheiro, meu filho, por ser a luz da minha vida, a pessoa que me motiva a crescer, que me ensina todos os dias o que de fato é importante para a nossa existência: o AMOR.

Aos meus pais, Francisco de Assis Tavares Rocha e Alana Mara Magalhães Pedrosa Rocha, pelo amor, pela dedicação, por sempre acreditar na minha capacidade e por serem os meus grandes referenciais.

À minha avó, Cecília Magalhães Andrade Pedrosa, pelo carinho especial e por sempre estar ao meu lado como entusiasta das minhas conquistas.

Aos meus irmãos, Ismael Magalhães Pedrosa Rocha e Rebeca Magalhães Pedrosa Rocha, pela presença constante e participação efetiva na minha vida.

Às amigas da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que ao longo de oito anos de convivência, transmitiram-me o amor pelo nosso trabalho, por compartilharem diariamente o prazer e o desafio de ajudar às mães e seus bebês a superarem dificuldades em busca do estabelecimento da amamentação.

À Profa. Ilvana Lima Verde Gomes, pelo acolhimento e pelos ensinamentos compartilhados.

*“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de
seus sonhos”.*

Eleanor Roosevelt

Resumo

RESUMO

Um dos impactos mais significativos, advindos do parto prematuro, para o binômio mãe-filho é a interferência na formação do vínculo afetivo. Uma das práticas mais importantes para essa aproximação é o aleitamento materno. Para o recém-nascido prematuro iniciar a alimentação diretamente ao seio da mãe, na maioria das vezes, não é possível. Neste contexto, no período de internação do bebê na unidade de terapia neonatal, a mãe percebe que diante da impossibilidade de amamentar uma atividade que efetivamente colabora para recuperação do bebê é a ordenha do leite. Os objetivos da pesquisa foram conhecer a vivência materna durante o processo de lactação e amamentação de recém-nascidos prematuros; identificar a percepção das mães destes recém-nascidos prematuros quanto à assistência dos profissionais de saúde no processo de amamentação no período de internação e sistematizar as ações dos profissionais de saúde para o incentivo e a promoção do aleitamento materno durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na unidade neonatal, tendo como produto um protocolo clínico. A pesquisa do tipo exploratório e descritiva, a partir da abordagem qualitativa. Desenvolvida em uma maternidade de grande porte, que realiza atendimento terciário, integrante da rede pública federal de saúde. Os participantes do estudo foram seis duplas mães/bebês prematuros hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal e/ou na unidade de cuidados intermediários e oito profissionais de saúde que atuavam na unidade neonatal e na sala de apoio ao aleitamento materno. Acompanhamos o grupo de mães de forma longitudinal, por um período de quinze dias e durante este período, foi preenchida uma planilha com dados de identificação da puérpera, sociodemográficos, informações sobre o pré-natal, parto, sobre o recém-nascido e registradas informações relativas à frequência de visitas diárias dessas mães à unidade. Em seguida, realizamos entrevista semiestruturada com cada mãe, na qual investigamos como estava vivenciando a amamentação do filho e o que essa mãe considerava como facilidade e dificuldade para a manutenção da produção de leite durante o internamento do bebê. E, a última etapa foi a aplicação de um questionário com os profissionais de saúde. As informações foram coletadas a partir da segunda quinzena do mês de julho de 2011 e encerradas em outubro, quando o último profissional de saúde devolveu o questionário sobre a atuação para o estímulo do aleitamento materno na unidade neonatal. As informações de cunho qualitativo foram analisadas a partir da perspectiva crítica e reflexiva, através da análise de conteúdo, proposta por Minayo. Os resultados indicaram que a vivência das mães revelou que os benefícios do leite materno para o filho prematuro foram vistos como necessidades prioritárias para assegurar melhores condições de crescimento e desenvolvimento. As mães do estudo demonstraram satisfação com o apoio dado pelos profissionais de saúde, sentiram-se acolhidas, motivadas e receberam as orientações necessárias para realizarem a prática da ordenha manual. Entretanto, apesar do fator humano, as lactantes não se sentiram confortáveis com a estrutura física da instituição pesquisada, o que não proporcionou adequada acomodação. A interferência do ambiente familiar, da crença do “leite fraco” e do “pouco leite” foi percebida através das entrevistas realizadas no domicílio, pois as mães deste grupo já haviam introduzido leite artificial na dieta dos bebês. A distância de casa e a abdicação do desempenho dos vários papéis sociais foram fatores que interferiram na manutenção da lactação das mães do estudo, mostrando a relação íntima das condições concretas de vida com a produção de leite. O resultado desta investigação foi a elaboração de um protocolo clínico para direcionar as ações da equipe de saúde, que atuam na unidade neonatal, quanto ao estímulo para a lactação e amamentação, articulando as necessidades maternas com as rotinas hospitalares.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Lactação. Prematuros.

Abstract

ABSTRACT

One of the most significant impacts, resulting from premature birth, for the mother-child pair is the interference in creating bonds. One of the most important practices for this approach is breastfeeding, and most often is not possible for the preterm infant to start feeding directly to the mother's breast. In this context, during the infant's hospitalization in the neonatal care unit, the mother realizes that given the inability to breastfeed, one activity that effectively contributes to baby's recovery is milking her own milk. The objectives were to know the maternal experiences during the process of lactation and breastfeeding in preterm infants hospitalized in a neonatal unit; to identify the perception of mothers of preterm infants on the assistance of health professionals in the process of breastfeeding during hospitalization; to systematize the actions of health professionals to encourage and promote breastfeeding during the hospitalization of preterm infants in the neonatal unit, having as product a clinical protocol. It was an exploratory descriptive research with qualitative approach. The investigation was developed in a large maternity hospital that performs tertiary care, part of the federal public health system. The participants of the study were six mother/preterm babies pair hospitalized in neonatal intensive care unit and/or intermediate care unit and eight health professionals working in the neonatal unit and support room for breastfeeding. We followed the group of mothers in a longitudinal approach for fifteen days, and during this period, besides filling in a spreadsheet which contained data related to the identification of puerperas, socio-demographic data, information about prenatal care, childbirth, data on the newborn, we registered information concerning the frequency of daily visits of these mothers to the unity. Next, we performed semi-structured interviews with each mother, where we investigated how she was experiencing breastfeeding her child and what she believed that facilitated and what made it difficult to maintain the milk production during the baby hospitalization. And the last step was the application of a questionnaire with health professionals. Information was collected from the second fortnight of July 2011 and ended on October 31, 2011, when the last health professional returned the questionnaire on the work to promote breastfeeding in the neonatal unit. The qualitative information was analyzed from a critical and reflective perspective, through content analysis proposed by Minayo. The results indicated that the mothers' experience revealed that the benefits of breast milk for their premature baby were seen as priority needs to provide better conditions for growth and development. The mothers in study expressed satisfaction with the support given by health professionals, they felt welcomed, motivated and received the necessary guidance to conduct the practice of milking. However, despite the human factor, breastfeeding women did not feel comfortable with the physical structure of the institution in study, which did not provide proper accommodation. The interference of family environment, belief in weak milk and not enough milk was noticed by the home interviews, because the mothers of this group had already introduced artificial milk in babies' diet. The distance from home, the abdication to perform their various social roles was seen as a factor that interfered with the maintenance of lactation in the mothers in study, showing the close relationship between concrete life conditions and milk production. The result of this research was the development of a clinical protocol that directs the actions of the health team, working in the neonatal unit, on the stimulus for lactation and breastfeeding, articulating the maternal needs with the hospital routines.

Keywords: Breast Feeding. Lactation. Infant, Premature.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Estratégias para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo nos recém-nascidos pré-termo.....	22
QUADRO 2	Caracterização das mães participantes de estudo segundo dados sociodemográficos.....	44
QUADRO 3	Caracterização dos recém-nascidos participantes do estudo segundo condições perinatais.....	45
QUADRO 4	Adesão das mães participantes do estudo à prática da ordenha mamária durante o mês de julho.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Os avanços tecnológicos na neonatologia e a alimentação do recém-nascido prematuro	19
3.2 Os desafios na formação de vínculo afetivo para as mães de recém-nascidos prematuros e as repercussões para a amamentação	23
3.3 Aspectos teóricos sobre o paradigma atual da amamentação	27
4 METODOLOGIA	31
4.1 Desenho geral da investigação	31
4.2 Cenário da pesquisa	31
4.3 Inserção da pesquisadora no campo de investigação	33
4.4 Sujeitos da investigação	34
4.5 Período de coleta das informações	35
4.6 Técnicas, instrumentos e procedimentos para a coleta das informações	36
4.7 Percurso para a análise das informações	39
4.8 Aspectos éticos e legais	41
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
5.1 Caracterização das mães participantes do estudo, segundo dados sociodemográficos e obstétricos	44
5.2 Caracterização dos recém-nascidos participantes do estudo, segundo condições perinatais	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	69
ANEXOS	73

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento único, quando sonhos, expectativas e objetivos de vida de um casal estão se concretizando. A partir deste momento começa a estruturação de uma nova família.

Entretanto, o bebê começa a existir desde a sua concepção, uma vez que já está presente no imaginário dos pais. Portanto, é esperada com ansiedade a chegada de um filho normal e saudável. Neste contexto, a família deseja o nascimento de uma criança pronta para mamar, e a mãe acredita ser suficientemente capaz de garantir o crescimento e desenvolvimento dessa criança (SILVA R; SILVA, 2009).

Diante do nascimento de um bebê prematuro e/ou de baixo peso, toda a idealização em torno deste momento é desfeita, uma vez que existe o confronto entre a imagem do bebê idealizado com a imagem do bebê real. Neste momento, os profissionais de saúde devem fornecer suporte à mãe, para que esta possa elaborar o luto pela perda da criança “normal” que esperava, tentando fortalecer o vínculo com a criança prematura (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008). E, então, esta mãe começa a vivenciar situações peculiares diferentes daquela que teve um bebê a termo, dando início ao enfrentamento de uma fase de experiências emocionalmente estressantes.

Um dos impactos mais significativos, advindos do parto prematuro, para o binômio mãe-filho é a interferência na formação do vínculo afetivo. De acordo com Gorgulho e Pacheco (2008), os bebês prematuros necessitam de cuidados especiais por parte dos profissionais de saúde, muitas vezes, em uma unidade de terapia intensiva, cujo processo de separação entre mãe-filho é previsível. Portanto, todas essas mudanças acarretam alterações no cotidiano e na dinâmica destas famílias. É cediço que uma das práticas mais importantes para essa aproximação é o aleitamento materno, e para o recém-nascido prematuro iniciar a alimentação diretamente ao seio da mãe, na maioria das vezes, não é possível. É, portanto, necessário recorrer a outros recursos, como o uso de sondas orogástricas, levando

a mãe a vivenciar uma prática muito diferente do que ela imaginava durante a gestação.

Nesse contexto, no período de internação do bebê na unidade de terapia neonatal, a mãe percebe que diante da impossibilidade de amamentar, tendo em vista todas as limitações do filho (imaturidade fisiológica e neurológica, além de controle inadequado da sucção, deglutição e respiração), uma atividade que efetivamente colabora para recuperação do bebê é a ordenha do leite da mãe, como garantia de um alimento seguro. Por meio da oferta, utilizando sondas ou outro meio diferente da sucção direta ao seio materno.

Na atualidade, a superioridade do leite humano frente às fórmulas artificiais é inquestionável, visto que para os recém-nascidos prematuros o objetivo da alimentação é promover o crescimento adequado sem produzir efeitos indesejáveis, que prejudiquem o metabolismo.

Entre as vantagens do AM para os RNPTs destacam-se suas propriedades nutritivas e imunológicas, seu papel na maturação gastrointestinal e formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, proteção contra enterocolite necrosante, menor incidência de infecção (incluindo sepse e meningite), menor incidência de reospitalização e melhor coordenação sucção-deglutição (SCOCHI et al., 2010, p.145).

Entretanto, para Nascimento e Issler (2004), provavelmente, as barreiras hospitalares que dificultam o estabelecimento da amamentação seja responsável pelo pouco sucesso na amamentação de neonatos prematuros. Este fato pode decorrer porque essas mães necessitam manter a ordenha da mama em intervalos regulares semelhante ao número de mamadas do bebê, com o objetivo de manter a produção de leite por mais tempo em quantidade suficiente para atender à demanda do prematuro. Neste cenário, a autora refere ainda que, muitas vezes, o desmame do peito acontece mesmo antes da alta do recém-nascido prematuro da unidade neonatal.

Contudo, nos dias atuais, o estímulo à amamentação não é uma tarefa realizada apenas pelos profissionais que atuam na unidade neonatal, por isso é

comum que a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno, também, sejam realizados pelas equipes dos bancos de leite humano e por todos os setores de atenção à criança.

No caso do banco de leite humano, são considerados centros especializados na assistência à amamentação e fazem parte da equipe interdisciplinar que assiste ao binômio mãe-filho na unidade neonatal, além das ações relacionadas à amamentação. Estas unidades, também, desenvolvem atividades destinadas à otimização do excedente lácteo de doadoras, por meio da execução de atividades de coleta, transporte, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano ordenhado.

Diante do exposto, percebemos na prática profissional que embora estimuladas e orientadas pela equipe da unidade neonatal e do banco de leite humano para a manutenção da lactação durante o internamento do bebê e, posteriormente, para estabelecer a amamentação, as mães têm significativa dificuldade nesse processo.

Assim, partindo da observação cotidiana, como enfermeira que atua na assistência de aleitamento materno em banco de leite humano, observamos a importância e a necessidade de conhecer como a mãe que teve um filho prematuro vivenciava a amamentação e, como estava alimentando o bebê a partir da alta hospitalar. Portanto, tivemos os seguintes questionamentos: como as mães de bebês prematuros vivenciam essa experiência? Entre estas e seus bebês, qual o alimento está sendo oferecido e como se estabelecem as condições de lactação?

Pressupondo que o desejo de amamentar os filhos esteja presente nas mães de neonatos prematuros, imaginamos que as inúmeras situações que colaboram para diminuir a produção e ejeção do leite, motivam a vivência de um sentimento de fracasso frente ao aleitamento materno.

Além desses aspectos, houve preocupação com a alimentação e qualidade de vida desse bebê, não somente durante o período de internamento, como também após a alta hospitalar, uma vez que, se a mãe não conseguir estabelecer a amamentação na instituição, possivelmente, ao retornar para a

comunidade, poderá desmamar o filho precocemente ao se deparar com dúvida e/ou dificuldade relacionada a essa prática, principalmente, se estas dúvidas estiverem relacionadas aos mitos e tabus, ainda muito presentes na nossa cultura, tais como “pouco leite” e o “leite fraco”.

Portanto, com este estudo pretendemos conhecer a vivência das mães de recém-nascidos prematuros quanto à manutenção da lactação e ao estabelecimento da amamentação com o objetivo de elaborar um protocolo de assistência que oriente as ações dos profissionais de saúde que assistem ao binômio mãe-filho. Acreditamos que o resultado desta investigação contribua para a melhoria da qualidade da assistência à saúde oferecida a estas mulheres e aos filhos e, em amplo espectro, para a diminuição da morbimortalidade infantil, grave problema de Saúde Pública.

Objetivos

2 OBJETIVOS

- Conhecer a vivência materna durante o processo de lactação e amamentação de recém-nascidos prematuros hospitalizados em uma unidade neonatal;
- Identificar a percepção das mães de recém-nascidos prematuros quanto à assistência dos profissionais de saúde no processo de amamentação no período de internação;
- Sistematizar as ações dos profissionais de saúde para o incentivo e a promoção do aleitamento materno durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na unidade neonatal, tendo como produto um protocolo clínico.

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Avanços tecnológicos na área de neonatologia e a alimentação do recém-nascido prematuro

A preocupação com a assistência à saúde de recém-nascidos prematuros é justificada pelo crescente número de partos ocorridos nesta faixa etária, ao longo dos anos. De acordo com Couto e Praça (2009), no final de século XIX e início do século XX, foram observadas mudanças significativas na assistência hospitalar prestada ao recém-nascido prematuro, incluindo a utilização de incubadoras para tratamento, o que, no período de quatro décadas, evitou a morte de 5.000 recém-nascidos. Corroborando, Silva e Silva (2009, p.108) afirmam: “os recursos tecnológicos e assistenciais tem aumentado a chance de sobrevivência dos neonatos prematuros”. Diante de tal assertiva, percebemos que esforços estão sendo empreendidos para a melhoria da qualidade da assistência a esta população.

A assistência à saúde dessas crianças configura-se como uma das prioridades nas agendas de saúde coletiva, no âmbito nacional e internacional, diante da magnitude que estes nascimentos representam na sociedade. Como mostram Braga, Machado e Bosi (2008), de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, no mundo, nascem, por ano, 20 milhões de recém-nascidos prematuros e com baixo peso, dos quais um terço morre antes de completar o primeiro ano de vida. E, ainda, nove em cada 10 recém-nascidos com peso inferior a 1000g morrem antes de completar o primeiro mês de vida. Neste contexto, Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) referem que apesar da mortalidade infantil ter decrescido, a redução deste índice mostrou-se mais expressiva no período pós-natal, com predomínio da mortalidade neonatal.

Portanto, apesar da existência de equipamentos e tecnologias de última geração nas unidades neonatais, necessários para a assistência ao recém-nascido de risco, permanecem elevados os índices de morbimortalidade nesta população. Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) ressaltam que as modernas unidades de terapia intensiva neonatais são marco na assistência ao prematuro, que contribuem para a

sua sobrevivência, contudo com foco da assistência aos aspectos biológicos. Couto e Praça (2009) revelam, ainda, que a avaliação deste cenário mostra que, além do prematuro, existe outra dimensão assistencial que deve ser enfocada: os familiares.

Nos dias atuais, compreendemos que este modelo centrado nos aspectos biológicos não atende a todas as dimensões que permeiam o nascimento de um bebê prematuro, uma vez que, neste modelo, conforme Santana et al. (2010, p.413): “as estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde”. Portanto, é comum nessas situações a utilização de uma abordagem biologizante, pelos profissionais de saúde, sem contemplar os aspectos emocionais vivenciados pelas mulheres, traduzidas em intervenções essencialmente técnicas e prescritivas (JAVORSKI et al., 2004). Entretanto, outros autores, como Scochi *et al.* (2010), acreditam que a assistência ao prematuro está passando por transformações, tendo como foco o cuidado desenvolvimental e individualizado, sendo este centrado na família, com vistas à qualidade de vida desses bebês. Dentre as estratégias de assistência, podemos destacar a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, conhecido como Método Canguru. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a prática deste método envolve a equipe de saúde, o bebê, o pai, a mãe, os irmãos, os avós e as redes sociais de apoio familiar e social (BRASIL, 2011). Todos esses sujeitos e suas relações estão em jogo na dinâmica do cuidado humanizado.

Nesse contexto, no qual existe a necessidade de permanência hospitalar prolongada do prematuro, importantes repercussões no contexto familiar da criança são geradas, podendo afetar o vínculo entre os prematuros e seus pais, principalmente na formação do vínculo mãe-filho, comprometendo o estabelecimento da amamentação. Logo, surge a preocupação em garantir a esta criança alimento seguro e que, de fato, contribua para o adequado crescimento e desenvolvimento, diante das limitações associadas à imaturidade fisiológica.

Nos primeiros meses de vida, o leite materno é o alimento mais adequado aos recém-nascidos, sejam eles de termo ou pré-termo (AZEVEDO; MENDES, 2008). Uma vez que a qualidade do alimento é fundamental para a sobrevivência de crianças de alto risco, como é o caso do neonato prematuro (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008). Para o prematuro, conforme Alves, Silva e Oliveira (2007):

O leite materno é o mais indicado, pois, nas primeiras quatro semanas, contém altas concentrações de nitrogênio, proteínas com função imunológica, lipídeos totais, ácidos graxos, vitaminas A, D e E, cálcio e energia quando comparados ao leite de mães de neonatos a termo (ALVES; SILVA; OLIVEIRA, 2007, p.24).

Dessa forma, facilitando o acesso ao leite materno, estaremos oferecendo a maneira mais adequada, natural e eficiente de alimentar o bebê. Entretanto, Aquino e Osório (2008) mostram que a frequência e duração do aleitamento materno são mais baixas nos recém-nascidos pré-termo do que nos a termo. Isso acontece por dois fatores: a dificuldade no estabelecimento e na manutenção de uma produção eficiente de leite, pela mãe do prematuro, associado ao estresse a que está exposta, pelo afastamento do bebê, como também pela maneira como é realizada a transição da alimentação. Enquanto para Scochi et al. (2010, p.541), os fatores para o desmame precoce em prematuros são: “as condições clínicas do bebê que impede a sucção direta ao seio materno, do período prolongado de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o aleitamento”.

Consoante às diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil (2011), um dos maiores desafios na nutrição enteral do recém-nascido pré-termo é elevar as taxas de aleitamento materno da alta e após a alta. O profissional de saúde exerce papel fundamental nessa questão, e algumas recomendações podem contribuir para o aumento dessas taxas, conforme apresentado.

QUADRO 1 - Estratégias para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos pré-termos.

- Encorajar a mãe a estimular a mama e retirar o leite precocemente, de preferência nas primeiras 24 horas após o parto;
- Orientar a mãe a manter o estímulo da mama para lactação e retirada de leite de forma regular (a cada 3 horas) nos dias subsequentes ao parto;
- Estender as orientações quanto à alimentação do bebê aos familiares, providenciando, assim, uma rede social de apoio à amamentação;
- Encorajar a mãe a praticar, sempre que possível o contato pele a pele;
- Enfatizar para a mãe e toda a família a superioridade do leite materno em relação a todos os outros leites. O profissional de saúde de saúde deve ser claro e repetitivo a esse respeito e considerar o leite da mãe como ouro líquido;
- Iniciar contato do bebê com o seio materno assim que a maturidade e o quadro clínico permitirem, independente do peso da criança;
- Organizar reuniões e grupos de apoio de amamentação com a presença de outras mães que conseguiram amamentar os filhos prematuros com sucesso;
- Preparar o bebê para a sucção ao seio, por meio de estimulação sensório-motor-oral precoce, de forma regular, enquanto a sonda é necessária (sucção não nutritiva);
- Não oferecer mamadeira. O uso da translactação (dispositivo contendo leite acoplado ao mamilo por meio da sonda) é útil se o bebê apresentar sucção débil;
- Disponibilizar número de telefone para que a mãe e a família do bebê tenham acesso aos profissionais de saúde para sanar dúvidas em relação à amamentação após a alta;
- Agendar visitas precoces para monitorização do crescimento e desenvolvimento do bebê e verificação de eventuais dificuldades com a amamentação.

Fonte: BRASIL (2011)

Podemos, assim, inferir que os baixos índices de aleitamento materno em prematuros se relacionam, também, aos sentimentos maternos de medo e insegurança que contribuem para a diminuição da produção de leite e das dificuldades, vivenciadas pelos profissionais de saúde na orientação às mães, de

forma adequada e eficiente, para a manutenção da lactação durante o internamento do bebê.

3.2 Desafios na formação do vínculo afetivo para as mães de recém-nascidos prematuros e as repercussões para a amamentação

O nascimento prematuro gera significativa mudança na rotina e dinâmica familiar. De acordo com Sales et al. (2006), as progenitoras, ao gerar um filho prematuro, adentram-se em uma nova realidade, que lhes desperta um paradoxo de sentimentos, muitas vezes, incompreendidos pelos profissionais de saúde. Portanto, precisamos compreender que, nesse processo, a mãe também é prematura, devendo ser tratada de forma humanizada, individualizada e diferenciada.

A separação promovida pela internação do bebê, na unidade neonatal, acarreta importantes repercussões na relação entre mãe e filho. Assim, ações inerentes ao cuidado materno serão substituídas pelos profissionais de saúde, como: a alimentação, a troca de fraldas e o consolo diante do choro. Como afirma Barbosa (2008), em situações em que existe separação do binômio, por exemplo, o nascimento de bebês prematuros ou em outras semelhantes, o apego torna-se prejudicado. A Teoria do Apego, conforme ressalta a autora, consiste em um referencial teórico valioso para as investigações sobre interação mãe e filho. Foi formulada por Bowlby (1989), a partir dos resultados de estudos realizados por Ainsworth (1964, 1978) sobre vínculo entre a díade mãe-bebê. A teoria sofreu influências de dois campos distintos: a psicanálise e a etologia. A influência da psicanálise diz respeito à importância atribuída às primeiras relações do bebê com a mãe para a formação da personalidade deste. Bowlby (1989) reconhece a importância da relação humana de uma criança como fundamental e edificadora de sua personalidade.

De acordo com Hofer (2005), o apego pode ser caracterizado para a psicologia a partir de três componentes: um tipo de ligação emocional ou laço afetivo que se desenvolve entre o bebê e cuidador, que mantém o bebê fisicamente próximo; uma série de respostas à separação, que constituem a resposta emocional do infante à interrupção ou ruptura da relação; e a existência de diferentes padrões ou qualidades das interações entre os infantes e as mães, os quais persistem ao

logo da vida e, até mesmo, estendendo-se à repetição do padrão de cuidado materno por parte das filhas na geração seguinte.

Portanto, Barbosa (2008) destaca que o apego entre a díade será formado mediante a habilidade materna e, conseqüentemente, sua iniciativa em atender às necessidades do filho.

Nesse contexto, uma das formas utilizadas pelo profissional de saúde para a aproximação com as mães é estabelecer uma comunicação efetiva que busque construir uma relação de confiança. Como salientam Braga e Silva (2007, p.413) “a comunicação adequada é aquela apropriada a uma determinada situação, pessoa, tempo, e que atinge a um objetivo definido”.

Desse modo, o objetivo da comunicação dos profissionais de saúde que acolhem e acompanham as mães de recém-nascidos prematuros nas unidades neonatais é de estimular, motivar e apoiá-las para manter a lactação e estabelecer a amamentação dos filhos, como ação que vise à aproximação entre mãe e filho.

Entretanto, apesar das orientações realizadas pela equipe de saúde, condições, advindas da hospitalização do recém-nascido, dificultam este processo. Quando nos referimos à fisiologia da lactação e à ação hormonal, Gorgulho e Pacheco (2008) esclarecem que a liberação de ocitocina (hormônio que promove a ejeção do leite) acontece em resposta a estímulos, tais como a visão, o cheiro e choro da criança, e fatores emocionais, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação.

Logo, percebemos que o ambiente hospitalar não favorece a interação hormonal, uma vez que o bebê encontra-se em uma incubadora, dificultando, assim, o contato pele a pele, além do medo e da insegurança de perder o filho. Diante disso, Sales et al. (2006) afirmam que nesse momento os familiares vivem, portanto, um anticlímax, no pêndulo que os transporta da preocupação à esperança do ânimo ao desalento. Desta forma, a aproximação entre mãe e filho deve ser incentivada, assim como a manutenção de um ambiente calmo e tranquilo na unidade neonatal.

Portanto, conhecer e compreender o processo de lactação é parte fundamental para a adequada assistência à mãe neste período de vulnerabilidade.

De acordo com os conceitos de Almeida (1998), a partir do momento em que a mulher engravida, tem início o processo de preparação da mama para a produção de leite após o parto. Na gravidez, ocorre aumento de liberação de hormônios placentários, a mama tende a aumentar de volume, a pele da aréola escurece, as veias superficiais dilatam-se e os corpúsculos de Montgomery crescem, passando a secretar uma substância sebácea que desempenha dupla função: umectar a pele e protegê-la da ação bacteriana. Os mamilos aumentam e, assim, como o tecido mamário posterior a ele, tornam-se mais protracteis e os níveis crescentes de prolactina induzem a proliferação e diferenciação das células que compõem a árvore mamária.

Ao longo do último trimestre da gestação, a mama encontra-se pronta para entrar em franco processo de produção. Porém, os estrógenos placentários impedem a elevação da concentração de prolactina no sangue ao nível necessário para iniciar o processo de síntese do leite humano.

A fisiologia da lactação é um fenômeno que se desenvolve em dois estágios, lactogênese I e II, marcados por mecanismos regulatórios distintos. A lactogênese I normalmente ocorre no último trimestre da gestação e corresponde ao período em que a mama está pronta para produzir leite e sozinha não o faz devido à ação dos estrógenos placentários. Nesta etapa, o mecanismo regulatório da lactação se estabelece a partir de um sistema eminentemente endócrino que depende, em um primeiro plano, apenas das tramas hormonais que envolvem as relações entre a prolactina e os estrógenos placentários.

Com o parto e a consequente expulsão da placenta, saem de cena os estrógenos e com isso ocorre rápida elevação na concentração de prolactina no sangue. Este pico de prolactina induz o começo da síntese de leite, determinando a ocorrência da apojadura que, por sua vez, demarca o início da lactogênese II e a consequente mudança no sistema de controle da fisiologia da lactação, que passa de endócrino - na lactogênese I para autócrino - na lactogênese II. A literatura se mostra de certa forma unânime ao considerar que deste momento em diante a

retirada frequente de leite em meio hormonal favorável se faz suficiente para definir com sucesso o ritmo da lactação (ALMEIDA, 2008).

Acreditamos que amamentar um bebê prematuro não é uma prática fácil de estabelecer. Como afirmam Gorgulho e Pacheco (2008), estes bebês apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, além de controle inadequado da sucção, deglutição e respiração. E, neste momento, as mães sentem-se pouco confortáveis em lidar com esses bebês tão pequenos e delicados.

Assim, na impossibilidade de oferecer o peito para o filho, as mães se veem diante da alternativa de retirar o leite materno da nutrição do bebê. De acordo com Azevedo e Mendes (2008), as orientações são dirigidas à retirada precoce do leite nas primeiras seis horas após o parto. Isto porque o efeito obtido sobre a produção de leite é semelhante ao da sucção do bebê quando realizada por expressão manual ou por ordenha em bombas de sucção.

A produção de leite, como mencionado, depende da regularidade do esvaziamento das mamas. Portanto, longos intervalos de ordenha tendem a diminuir a lactação. Nesta perspectiva, devemos lembrar de que além da adequada orientação quanto à técnica de ordenha e conservação do leite materno, é necessário ambiente propício para este fim. Como referem Azevedo e Mendes (2008, p. 69): “um lugar tranquilo para o esgote é tido como fundamental para motivar a mãe na continuidade do procedimento”.

O estímulo à permanência da mãe na unidade hospitalar é um recurso decisivo para a manutenção da lactação. Pois, o afastamento da família, da rotina e dos afazeres se constituem preocupações para as nutrizes. Em estudo realizado por Vasconcelos, Leite e Scochi (2006), as mães destacaram:

Sentindo-se impossibilitadas de exercerem as atividades rotineiras junto à família, especialmente de cuidar dos familiares e da casa, elas verbalizaram nas falas suas preocupações e necessidades [...] elas se descobriram tendo que deixar a vida lá fora e querendo cumprir seus deveres (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006, p.51).

Nesse sentido, os conflitos advindos dos diferentes papéis exercidos pelas mulheres na sociedade como mãe, esposa, dona de casa, profissional, influenciam e podem exacerbar o desgaste emocional. A construção de uma prática integral e humanizada favorece o vínculo da mãe com a equipe de saúde, minimizando, assim, os conflitos gerados pela mudança brusca na dinâmica familiar. Silva e Silva (2009) referem, em estudo realizado, que as mães dos bebês prematuros ao demonstrarem que adquiriram confiança nas pessoas que a assistiram, sentiram-se mais tranquilas e que a atenção dispensada a ela e ao filho fez com que se sentissem, também, cuidadas, mostrando-se familiarizadas com o ambiente hospitalar.

3.3 Aspectos teóricos sobre o paradigma atual da amamentação

A prática da amamentação tem se caracterizado, ao longo dos tempos, por sofrer influência de questões relacionadas com o interesse de vários grupos sociais. Em todas as épocas, o ser humano foi levado a tomar atitudes que visavam responder às demandas das mulheres e que, muitas vezes, estavam relacionados ao estímulo do desmame precoce. Desde a figura da ama-de-leite até a inovação advinda com a mamadeira e com os leites industrializados, a alimentação do lactente tem sido alvo de interesse que não se limita apenas àqueles ligados à saúde do binômio mãe e filho, como também aos que se interessam pelo comportamento social das mulheres e que vislumbram a oportunidade de lucrar, por exemplo, com a venda de substitutos do leite materno.

Rocha (2006) afirma que a ambiguidade entre a amamentação x desmame está presente desde os primórdios da humanidade. Isso pode ser revelado, como mostra Nunes (2010), através de registros arqueológicos que indicam que a mamadeira assumiu, no decorrer da longa história, variadas configurações e níveis de complexidade formal, coerentes com as possibilidades materiais e técnicas de cada época e lugar. Nunes (2010) ressalta, ainda, a presença de recipientes de barro ao lado de corpos de lactentes encontrados em sítios arqueológicos dos séculos V e VII sugerem que os bebês gregos eram alimentados também por alternativos à amamentação. E, que os chifres de animais, comumente utilizados durante a idade média como recipientes para armazenar líquidos, também, eram empregados para a amamentação. Portanto, a longa

presença do artefato na história da humanidade nos faz indagar sobre como e porque a capacidade da mulher em amamentar os filhos ao seio passou a ser encarada como um problema, para o qual foi necessário buscar soluções artificiais e alternativas (NUNES, 2010).

Em nossa cultura, por algum tempo, a amamentação foi vista como uma prática aparentemente simples para qualquer mamífero. Para a mulher, no entanto, caracteriza-se como um processo que pode afetar sua totalidade, isso porque abrange questões físicas, espirituais e emocionais, extrapolando as questões biológicas, atingindo fatores de natureza sentimental e perceptiva (GORGULHO; PACHECO, 2008).

Assim, a percepção da amamentação como um processo mais amplo, complexo, envolvendo intimamente duas pessoas e com repercussões na saúde física e no desenvolvimento emocional da criança, além de repercussões para a saúde física e psíquica da mãe, foi perdida. Desta forma, autores ressaltam alguns aspectos envolvidos na amamentação, difíceis de mensurar, o entendimento daquilo que não é medido nem contado, e que muitas vezes está relacionado à cultura, sociedade, família e psique humana (GIUGLIANE; SOUSA; ALMEIDA, 2004).

Neste estudo, adotaremos como marco teórico a concepção da amamentação como uma híbrida natureza – cultura (ALMEIDA, 1999). Almeida (1999) defende que a amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. Destaca que:

Por intermédio da análise compreensiva, sob a perspectiva do realismo histórico, torna-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a transformaram em um ato regulável pela sociedade (ALMEIDA, 1999, p.15).

O autor esclarece que a depender da realidade social que se considere, a ambiguidade amamentação e desmame pode ser traduzida como um embate entre saúde e doença, entendendo que estes processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais. E que a dinâmica destas relações, no

que concerne às questões estruturais, termina por configurar a amamentação como um dos atributos que caracterizam a maternidade como um bem social compartilhado (ALMEIDA, 1999).

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho geral da investigação

Compreendemos o ato de pesquisar como a capacidade de interrogar a realidade que se apresenta e de produzir conhecimentos que possibilitam o surgimento de novas práticas da realidade ou formas de ação sobre o problema estudado. Desta forma, o estudo proposto foi do tipo exploratório e descritivo, a partir de uma abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2010), é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no advento quanto na transformação, como construções humanas significativas. Para Gomes (2007), esse tipo de abordagem permite o estudo dos fenômenos e suas relações em seu meio natural, atribuindo sentido a partir dos significados que os sujeitos lhe conferem.

Enquanto as pesquisas descritivas têm como objetivo principal:

[...] descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou então estabelecer relações entre variáveis, caracterizando-se por possuir objetivos definidos, procedimentos formais sistematizados, serem estruturados e dirigidos para as relações que interferem diretamente no objeto pesquisado (GIL, 2009, p. 46).

O estudo exploratório, como afirma Barbosa (2001), busca a familiarização com o fenômeno, a percepção e a descoberta de novas ideias sobre um assunto visado. Descreve, detalhadamente, a situação e procura descobrir as relações existentes entre os elementos da mesma, considerando os mais diversos aspectos envolvidos.

4.2 Cenário da pesquisa

A investigação foi desenvolvida em uma maternidade de grande porte, que realizava atendimento terciário, integrante da rede pública federal de saúde,

localizada no município de Fortaleza – CE, pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), que desenvolvia, na ocasião do estudo, atividades voltadas ao ensino, à pesquisa, extensão e formação de recursos humanos na área da saúde. Caracterizada como referência estadual para a assistência à saúde da mulher e do recém-nascido.

Possuía complexa unidade de internação neonatal com leitos de assistência para cuidados intensivos e intermediários, perfazendo um total de 53 leitos. Nesta unidade, existia uma área específica, com profissionais capacitados para acolher e orientar às mães de recém-nascidos prematuros quanto à importância da estimulação da lactação, bem como para a prática da amamentação. Este espaço era denominado de Sala de Aleitamento Materno, na qual atuavam dois profissionais de saúde, técnicos de enfermagem, que assistiam as mães de recém-nascidos prematuros todos os dias da semana, no período da manhã e à tarde (07 às 19h).

A equipe de saúde da unidade neonatal composta por diversas categorias profissionais, de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) e nível superior (enfermeiros, médicos pediatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos), contava com o suporte da equipe de psicólogos e assistentes sociais da instituição, que quando solicitados prestavam atendimento às mães da unidade neonatal. Todos os profissionais de saúde, integrantes do corpo clínico da maternidade, também são responsáveis pelo incentivo e pela promoção do aleitamento materno, uma vez que a instituição possui o título de Hospital Amigo da Criança, desde 1993. E, como tal, deveria cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, dando ênfase para o cumprimento do quinto passo que refere como mostrar às mães como amamentar e manter a lactação mesmo separadas dos filhos.

A referida maternidade possuía, também, em suas instalações um Banco de Leite Humano que desenvolvia atividades de incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno, além de processar e distribuir leite humano pasteurizado para unidade de internação neonatal. Portanto, era uma unidade de atendimento a serviço da amamentação.

4.3 Inserção da pesquisadora no campo de investigação

A instituição do estudo encontrava-se em processo de reorganização do organograma de funcionamento. Pois, a partir de uma diretriz do governo federal, os hospitais universitários passaram a ser gerenciados por uma única administração, denominada Superintendência do Complexo Hospitalar. Neste período, algumas reestruturações, entre elas a unificação de dois hospitais, a maternidade e o outro hospital universitário, foi desencadeada, o que gerou mudanças nos processos de trabalho e nas rotinas dos profissionais das instituições.

Além disso, destacamos dois períodos de greve ocorridos. Os dois momentos interferiram na execução da pesquisa. Isto porque foi reduzido o número de funcionários, comprometendo a continuidade na assistência, o que acarretou adiamento do início da coleta das informações, visto que não seria conveniente adentrar no campo de investigações no momento de fragilidade, pois a rotina de funcionamento estava alterada pelo período de greve. Especificamente, na sala de aleitamento materno, em alguns períodos, diminuiu a presença dos funcionários para fazer o acompanhamento das mães e para realizar os registros dos atendimentos (frequência de visita das mães, volume de leite ordenhado, dificuldades relatadas, entre outros).

Portanto, ajustes foram feitos com o intuito de não comprometer a coleta das informações, e que estas, de fato, representassem o mundo real. Os ajustes realizados estão descritos nas sessões seguintes.

Outro desafio encontrado foi o ato de investigar no campo de trabalho da pesquisadora. A busca pelo olhar imparcial esteve presente em todas as fases da pesquisa, para que fosse possível revelar a realidade, contribuir para a melhoria das práticas assistenciais, e ao mesmo tempo evitar transtornos ou situações indesejáveis para os colegas de trabalho. Durante o desenvolvimento do estudo, sentimos receptividade pelos trabalhadores da instituição, embora tenhamos feito ajustes para não comprometer a qualidade das informações coletadas. Percebemos receios dos profissionais de saúde, como em responder a entrevista. Por isso, a mudança do instrumento de coleta das informações utilizado com os sujeitos da entrevista para questionário.

4.4 Sujeitos da investigação

Os participantes do estudo foram seis duplas mães/bebês prematuros hospitalizados na unidade neonatal e oito profissionais de saúde que atuavam na unidade neonatal e na sala de apoio ao aleitamento materno. Quanto às mães dos recém-nascidos, não houve limites de idade, escolaridade ou diferenciação entre primíparas ou múltiparas.

Critérios de inclusão:

- 1) Considerando Carvalho e Tamez (2002), foram incluídas no estudo mães de prematuros que nasceram entre 32 e 36 semanas e 06 dias de gestação, pois somente a partir desta idade gestacional a criança tem amadurecida e coordenada a capacidade de sucção, deglutição e respiração;
- 2) O número de participantes foi determinado pelo número de mães que estavam acompanhando os filhos internados na unidade neonatal. Mesmo que, esta mãe já tivesse recebido alta médica e estivesse indo ao hospital visitar o filho, independente de estar amamentando ou não, visto que objetivamos conhecer as possíveis situações vivenciadas por essas mulheres, desde a hospitalização do filho até a alta médica, no que se refere à manutenção da lactação, bem como ao estabelecimento da amamentação.

Foram critérios de exclusão:

- 1) A mãe do recém-nascido prematuro e/ou o profissional de saúde que manifestou o desejo de não participar do estudo;
- 2) O motivo de internação do recém-nascido na unidade neonatal que tenha sido a falta de condições clínicas da mãe, caracterizada pela internação na Unidade de Terapia Intensiva Materna, como por exemplo: eclâmpsia;
- 3) O recém-nascido que fosse portador de malformação congênita que comprometesse a sucção ao seio e, conseqüentemente, o estabelecimento da amamentação.

A entrada no campo de pesquisa mostrou particularidades. Inicialmente, identificamos 10 duplas mães/bebês que preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Entretanto, durante o período de acompanhamento da evolução da lactação destas mães, tivemos dificuldades para a execução da segunda fase da pesquisa (entrevista com as mães), e, conseqüentemente, perdas. O desenvolvimento da pesquisa mostrou que durante o planejamento da alta do bebê não existe comunicação formal entre os profissionais da unidade neonatal e os profissionais da sala de aleitamento materno. Isto foi percebido, pois não existia previsão do horário de saída da mãe com o bebê. Este fato dificultou a presença da pesquisadora para a realização da entrevista. Desta forma, das dez mães de bebês prematuros iniciais, quatro não participaram da entrevista, pelos seguintes motivos: duas moravam no interior do estado, uma obteve alta com apenas cinco dias de internamento e uma informou o endereço errado. Portanto, fizeram parte o estudo seis duplas mães/bebês prematuros.

4.5 Período de coleta das informações

As informações foram coletadas a partir da segunda quinzena de julho de 2011, de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde. E, no momento em que a última dupla mãe/recém-nascido, que fez parte do grupo amostral, participou da entrevista, foi encerrada a primeira e a segunda parte da investigação, que ocorreu em agosto de 2011. A terceira etapa foi finalizada quando o último profissional de saúde devolveu o questionário sobre a atuação no estímulo ao aleitamento materno na unidade neonatal, em outubro de 2011.

Ressaltamos que não houve coleta de informações à noite, uma vez que não existia profissional de saúde exclusivo, na escala de plantão noturno, para fornecer assistência de aleitamento materno às mães de recém-nascidos prematuros, na instituição.

4.6 Técnicas, instrumentos e procedimentos para a coleta das informações

Realizamos a investigação em três etapas:

1ª etapa: Levantamento de informações nos prontuários e acompanhamento da evolução da lactação

Foram selecionadas tanto as mães que estavam acompanhando o filho na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como àquelas duplas (mãe-bebê) que já estavam na unidade de cuidados intermediários (UCI).

No primeiro dia da coleta de dados, fizemos a composição do grupo amostral. Este foi composto pelo número de mães dos recém-nascidos prematuros que estavam hospitalizados na UTI e/ou na UCI, que preencheram os critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo. Acompanhamos este grupo de forma longitudinal, por um período de quinze dias, a partir da identificação destas mães na unidade, independente do dia de internação da criança. Durante este período, além de preencher uma planilha, na qual constaram dados referentes à identificação da puérpera, dados sociodemográficos (idade, procedência, escolaridade, ocupação e situação conjugal), dados gestacionais (número de consultas de pré-natal, número de filhos vivos), relacionados ao parto (tipo de parto) e dados sobre o recém-nascido (sexo, peso ao nascer, idade gestacional, apgar no 1º e 5º minuto e diagnóstico na admissão na unidade neonatal), registramos as informações relativas à frequência de visitas diárias dessas mães à unidade (APÊNDICE A). Enfatizamos que houve perdas no grupo amostral, conforme descrito no item 4.3. Vale ressaltar que o acompanhamento da mãe não teve relação com a condição de sucção do bebê, ou seja, tanto pôde ser observada a presença da mãe na sala de aleitamento para ordenhar o leite materno para o seu filho internado na UTI neonatal, como para os recém-nascidos que já haviam sido transferidos para unidade de baixo ou médio risco, que já apresentavam condições para sucção.

Outro aspecto avaliado foi o levantamento das prescrições médicas diárias que orientavam o volume de leite a ser oferecido a cada recém-nascido, para compararmos com o volume de leite retirado pela mãe e inferirmos se esta mãe atendeu à demanda de leite do prematuro. Como também, conhecermos por quantos dias a mãe conseguiu manter o aleitamento materno exclusivo, utilizando a ordenha manual até que este recém-nascido tivesse condições clínicas de sugar ao seio.

2ª etapa: Entrevista com as mães dos recém-nascidos prematuros

Realizamos abordagem às mães para conhecer as situações vividas durante a manutenção da lactação e o estabelecimento da amamentação e para identificar a percepção destas acerca do apoio profissional oferecido pela equipe de saúde. Para isso, conduzimos a entrevista semiestruturada com cada mãe. Nesta entrevista, investigamos como ela estava vivenciando a amamentação do filho e o que essa mãe considerava que facilitou e o que dificultou a manutenção da produção de leite durante o internamento do bebê. As perguntas norteadoras foram: como você está se sentindo amamentando? Como foi a assistência de aleitamento materno oferecida pelos profissionais de saúde durante este período? O que você considera que facilitou para que o seu filho tomasse o seu próprio leite durante o internamento na unidade neonatal? E o que dificultou para você conseguir manter a quantidade suficiente de leite no peito para alimentar o seu bebê?

Houve mudança na execução da entrevista, em virtude da realidade encontrada no campo de investigação. Pretendíamos realizar a entrevista nos momentos próximos à alta hospitalar do recém-nascido. Porém, não conseguimos desta forma, pois identificamos que não existia comunicação formal da equipe assistencial da unidade neonatal à sala de apoio ao aleitamento materno quanto à previsão de alta do recém-nascido. E, como a pesquisadora manteve contato direto e constante com as técnicas de enfermagem que atuavam na referida sala para atualização das informações diárias, em algumas situações, os horários de visita da pesquisadora não coincidiram com a saída das mães.

A solução encontrada para tal situação foi realizar as entrevistas em outro momento. Ao finalizar o período de acompanhamento da evolução da lactação, três mães estavam internadas junto aos bebês na enfermaria mãe-canguru. Uma vez que o período de separação entre mãe e filho já tinha terminado com a saída do recém-nascido da UTI neonatal e a mãe já estava iniciando a prática da amamentação, decidimos que este seria um ambiente favorável para a realização da entrevista. As outras três mães do grupo amostral já tinham recebido alta hospitalar dos bebês, então, optamos por realizar a visita domiciliar para finalizar as entrevistas.

Quanto a essa técnica de coleta de informações, Polit, Beck e Hungler (2004) esclarecem que:

Esta técnica de coleta das informações não é estruturada, e que permite ao pesquisador participar do funcionamento do grupo. E ainda, que o pesquisador mantém um elevado grau de contato e envolvimento com os sujeitos da pesquisa, penetrando em um grupo ou ambiente social e compartilhando suas experiências (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p.252).

De acordo com Moura, Ferreira e Paine (1998), a entrevista semiestruturada oferece amplo campo de interrogativas, que surgem à medida que se recebem as informações do sujeito da pesquisa. O entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro e esclarecer pontos que considere relevante para o estudo. Foi solicitada a autorização para que a entrevista fosse gravada. Este procedimento foi importante para registrar a fala da participante, preservando, desta forma, as impressões e os sentimentos expressos através da oratória.

3ª Etapa: Observação da dinâmica na unidade neonatal e questionário com os profissionais de saúde

Para identificar como atuavam os profissionais de saúde no apoio e incentivo ao aleitamento materno, na unidade neonatal, foi aplicado questionário e realizada observação sistematizada da dinâmica de trabalho dos profissionais. Isto permitiu aproximar da forma como estes profissionais orientavam as mães dos recém-nascidos prematuros quanto à manutenção da lactação e ao estabelecimento da amamentação.

Observamos, diariamente, ao desempenhar a rotina de trabalho, nos turnos manhã e tarde, perfazendo um total de oito horas, os profissionais de saúde que compunha a equipe da unidade neonatal e que mantinha contato com as mães, profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), de nível superior (enfermeiros, médicos pediatras, fisioterapeutas e fonoaudiólogo) e profissionais de saúde que assistiam as mães na sala de apoio ao aleitamento materno. Os profissionais de saúde como psicólogos e assistentes sociais forneciam apoio à

equipe da unidade neonatal quando solicitados, contudo nos dias observados não identificamos estes profissionais atuando na rotina da unidade.

Para finalizar esta etapa, foi aplicado questionário com todas as categorias dos profissionais de saúde que atuavam na unidade neonatal. Entregamos o questionário em outubro de 2011 e com cada profissional foi acordada a devolução após dois dias da entrega e todos atenderam a esta solicitação. De forma que, no dia 31 de outubro estávamos com todos os questionários respondidos.

Houve mudança no instrumento de coleta de informações, pois percebemos receio dos profissionais de que a entrevista pudesse ser alguma forma de fiscalização do trabalho. Portanto, optamos pelo questionário, pois, após a explicação sobre a pesquisa, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi acordado com o participante o dia para a devolução do instrumento e, desta forma, o mesmo ficou à vontade para respondê-lo. O questionário conteve perguntas sobre o tempo de formação profissional, de atuação na unidade neonatal da instituição, se realizou treinamento em aleitamento materno e, por fim, como o profissional de saúde atuava no estímulo ao aleitamento materno. Decidimos aplicá-los com um representante de cada categoria profissional que atuavam na equipe de diaristas, e não dos plantonistas. Pois, pressupomos que o profissional que estava todos os dias na unidade tinha maior envolvimento com a dinâmica do setor. Ressaltamos que, na categoria fisioterapeuta, repetimos o questionário, pois as respostas do primeiro profissional foram bastante incompletas. Além deste, aplicamos aos profissionais de saúde que forneciam apoio à equipe neonatal, como psicólogo e assistente social.

4.7 Percurso para a análise das informações

As informações de cunho qualitativo foram analisadas a partir de uma perspectiva crítica e reflexiva, através da análise de conteúdo, proposta por Minayo (2010). Esta realizada com ênfase em eixos temáticos, que possibilitam a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens.

Seguindo as orientações da autora, este método permite apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento. A noção de tema está ligada à afirmação acerca de determinado assunto. Comporta, portanto, um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, frase ou de um resumo. Portanto, permite a descoberta de núcleos de sentido da comunicação, cuja frequência ou presença representam nexos e explicação de significados do objeto de apreensão.

A partir dessa perspectiva, sistematizamos a análise das informações, seguindo alguns passos operacionais que permitiram estabelecimento de relações entre diferentes fontes, buscando estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico adotado, na tentativa de responder aos objetivos propostos no estudo.

Dessa forma, os passos foram seguidos, de acordo com Minayo (2010):

- 1. Ordenação dos dados:** esta etapa se configura como o primeiro contato com o material empírico coletado. Consiste na transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas, seguida da realização de leitura do material transcrito; na organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas; e nas observações realizadas no campo de investigações.
- 2. Classificação dos dados:** consiste na organização das informações, tomando por base a relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos da pesquisa. Esse processo permite uma primeira aproximação com os significados manifestos e latentes nas falas dos sujeitos, possibilitando desvelar os núcleos de sentido. Compõe-se de três etapas: 1ª etapa: período de realização da leitura flutuante e exaustiva do material transcrito das entrevistas e observações, com o objetivo de estabelecer núcleos de sentido a partir das ideias centrais sobre o tema. Desta forma, a atenção imergente do pesquisador sobre o material possibilitará gradualmente a construção das categorias empíricas. Sendo o passo futuro confrontá-las com as categorias analíticas. 2ª etapa: momento em que se realiza a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. 3ª etapa: consiste na possibilidade de, a partir da releitura dos textos, identificar os conteúdos manifestos e latentes e relacioná-los com as categorias empíricas eleitas.

Enfim, é o momento de compreender e interpretar os elementos mais relevantes que aparecem nos dados em análise.

3. Análise final: consiste no movimento, a partir da profunda inflexão sobre o material empírico. Para maior compreensão do objeto de investigação, foi procedida à análise das falas das entrevistas e das observações, trazendo, também, a contribuição de alguns autores e a experiência do investigador, gerada a partir do contato com o campo de estudo e sua própria visão de mundo, pois no processo de pesquisa, não há neutralidade absoluta. Neste sentido, Minayo (2010) afirma que a pesquisa social como processo de produção e produto configura-se como objetivação da realidade e, ao mesmo tempo, como objetivação do pesquisador que se torna também produto de sua própria produção.

4.8 Aspectos éticos e legais

O envio do projeto de pesquisa para o Comitê de Ética da instituição, cenário da pesquisa constituiu-se no primeiro procedimento realizado para o desenvolvimento da investigação, como determina a Resolução 196, de 10/10/1996, do Ministério da Saúde do Brasil, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da UFC, através do parecer de nº31/11 (ANEXO A).

Na primeira abordagem à mãe e aos profissionais de saúde, foram explicitados os objetivos da pesquisa, ressaltada a contribuição do estudo para a compreensão da vivência da amamentação de mães de recém-nascidos prematuros; foi enfatizada a preservação da identidade do sujeito, garantido o anonimato, assegurado a livre decisão em participar da pesquisa; solicitada à autorização, para que a entrevista fosse gravada, bem como o direito de desligar-se da investigação no momento que conviesse ao sujeito. Após o consentimento, foi solicitada a autorização por escrito que foi registrado em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permanecendo uma com a pesquisadora, enquanto a outra foi entregue para a mãe e para o profissional de saúde. Foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um dirigido à mãe (TCLE A) e outro ao profissional de saúde (TCLE B). Também, solicitamos à mãe a

autorização para que pudéssemos acessar as informações dos recém-nascidos contidas nos registros hospitalares (prontuários).

Para manter o anonimato das mães e dos profissionais de saúde, estes foram nomeados com nomes fictícios, utilizando a nomenclatura de flores e pedras preciosas, de forma aleatória, respectivamente.

Estes procedimentos foram relevantes, pois o envolvimento em uma pesquisa não deve colocar os sujeitos em desvantagens, ou expô-los a situações para as quais não foram preparados, de maneira explícita. Como afirma Polit, Beck e Hungler (2004), os envolvidos precisam ter segurança, no sentido de que a sua participação, ou a informação que eles possam oferecer ao pesquisador não venha a ser utilizada contra eles, de alguma maneira. E, ainda, a autora ressalta que numa pesquisa científica devem-se abordar princípios éticos, principalmente quando o trabalho envolve seres humanos. Portanto, foram respeitadas a dignidade humana e a justiça, foram evitados danos à participante da pesquisa, como também à instituição estudada.

Apresentação e Discussão dos Resultados

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se as características socioeconômicas e obstétricas das mães participantes do estudo e, em seguida, as condições perinatais dos recém-nascidos.

5.1 Caracterização das mães participantes do estudo, segundo dados sociodemográficos

Quadro 2- Caracterização das mães participantes de estudo, segundo dados sociodemográficos. Fortaleza, CE, Brasil, 2011.

Codinome	Idade (anos)	Situação Conjugal	Escolaridade	Profissão	Nºde consultas de pré-natal	Gestações	Tipo de Parto	Renda familiar (Salário Mínimo-SM)
Jasmim	26	União estável	Ensino Médio Completo	Auxiliar de Escritório	6	1	Cesáreo	+ 3SM
Lírio	39	Casada	Ensino Médio Completo	Do lar	5	2	Normal	+ 3SM
Girassol	20	União estável	Ensino Médio Completo	Comerciária	2	0	Normal	+ 3SM
Hortência	19	União estável	Ensino Médio Incompleto	Do lar	2	0	Cesáreo	±2,5 SM
Orquídea	27	União estável	Ensino Fundamental II Incompleto	Do lar	6	3	Cesáreo	±1,5 SM
Margarida	29	Solteira	Ensino Fundamental II Incompleto	Do lar	5	1	Cesáreo	<01 SM

Das seis mães participantes do estudo, apenas uma era adolescente (19 anos), uma encontrava-se na juventude (20 anos) e as demais eram adultas, e destas, a idade variou entre 26 e 39 anos. Quanto à situação conjugal, quatro possuíam união estável, uma era casada e apenas uma era solteira. Em relação à escolaridade, duas possuíam o ensino fundamental II incompleto, uma o ensino médio incompleto e três já haviam concluído o ensino médio. A principal ocupação das mães foi a de cuidar do próprio lar (seis) e duas exerciam atividade remunerada, sendo uma auxiliar de escritório e a outra comerciária. A renda mensal familiar

variou de menos de um salário mínimo (uma mãe) até três salários mínimos (três mães). Quanto à paridade, apenas duas estavam no primeiro filho e dentre as múltiparas uma havia sofrido um aborto e não possuía filhos vivos. Portanto, das seis mães entrevistadas três já tinham filhos. Todas realizaram pelo menos duas consultas de pré-natal e, quanto ao parto, quatro foram submetidas ao parto cesáreo e apenas duas tiveram a experiência do parto normal.

5.2 Caracterização dos recém-nascidos participantes do estudo, segundo condições perinatais

Quadro 3 – Caracterização dos recém-nascidos participantes do estudo, segundo condições perinatais. Fortaleza, CE, Brasil, 2011.

Codônimo	Sexo	Peso ao nascer (g)	Idade gestacional (IG)	Peso x IG	Diagnóstico na admissão	Início das mamadas (dias)	Alimentação na alta
Jasmim	Masc	1545	33	PIG	RNPT + SDR	16	AME
Lírio	Fem	1345	32	PIG	RNPT+ SDR	35	AME
Girassol	Masc	1740	33	PIG	RNPT + SDR	17	AME
Hortência	Fem	750	32	PIG	RNPT +Risco de Inc. ABO	63	AME
Orquídea	Fem	3510	35	GIG	RNPT + SDR	7	AME
Margarida	Fem (2ªgem)	835	32	PIG	RNPT + SDR	Sem registro	A.A

Dos seis recém-nascidos acompanhados durante o estudo, quatro eram do sexo feminino e dois do masculino. Quanto ao peso de nascimento, cinco foram classificados como baixo peso ao nascer (BPN< 2.500g) e, destes, dois estavam na faixa de muito baixo peso ao nascer (MBPN< 1.500g). Portanto, apenas um nasceu com o peso adequado (3.510g). Ao se analisar a adequação do peso ao nascer para a idade gestacional, segundo a curva de Lubchenco, que considera adequado para a idade gestacional (AIG) os pesos entre os percentis 10 e 90 da curva, nenhum dos recém-nascidos foi classificado como tal. A maioria (cinco) foi considerada como pequenos para a idade gestacional (PIG), pois os pesos de nascimento estiveram abaixo do percentil 10 na curva de crescimento.

Do grupo estudado, um foi classificado como grande para a idade gestacional (GIG), uma vez que o peso de nascimento foi acima do percentil 90. Ressaltamos a escolha pela curva de Lubchenco por ser, ainda hoje, uma das curvas mais utilizadas entre nós. Entretanto, é importante destacar que neste estudo não foram consideradas variáveis que poderiam interferir nesta relação entre peso ao nascer e idade gestacional, como condições maternas: desnutrição, etilismo e tabagismo.

Outro aspecto avaliado foi o diagnóstico dos recém-nascidos durante a admissão na unidade neonatal. Todos tiveram a prematuridade como a principal causa para a internação, associado à síndrome do desconforto respiratório e, apenas um teve além dos diagnósticos citados o risco de incompatibilidade sanguínea pelo sistema ABO. No grupo estudado, a primeira mamada ao seio materno ocorreu de sete a 63 dias após a data de nascimento. Associamos este achado ao fato de que o recém-nascido que nasceu com o menor peso (750g) foi o que demorou mais tempo para iniciar a amamentação. Enquanto que o bebê que nasceu com o maior peso (3.510g) iniciou a sucção ao peito uma semana após o nascimento. Para os demais, este tempo teve variou de 16, 17 e 35 dias, e um não foi encontrado registro desta informação no prontuário.

No momento da alta hospitalar, cinco bebês estavam em aleitamento materno exclusivo e apenas um estava em aleitamento artificial. Para o bebê que não estava mamando na ocasião da alta hospitalar, encontramos uma particularidade. Este recém-nascido era gemelar e a genitora havia recebido alta hospitalar da outra filha a alguns dias, ficando desta forma um bebê internado e o outro sob os cuidados maternos, em casa.

A partir da análise das falas das mães participantes do estudo foram construídas três categorias temáticas apresentadas e discutidas a seguir.

- **Amamentação: situações e sentimentos vivenciados**

As mulheres deste estudo revelaram preocupação com os benefícios do leite materno para o bebê, principalmente no que se refere à redução dos riscos de

adoecimento, mesmo que a experiência da amamentação acarrete sentimentos de insegurança frente a dificuldades vivenciadas. Como por exemplo, a vivência de Margarida, mãe de gêmeos. *A amamentação é um pouco difícil, mas é bom. Vai servir para muitas coisas, tipo assim, evitar que elas peguem infecção* (Margarida).

A prevenção de doenças é destaque no discurso das mães, isto pode ser compreendido, pois para o recém-nascido prematuro, muitas vezes, o leite materno se configura como uma questão de sobrevivência. Corroborando Silva e Silva (2009), em estudo realizado foi percebida a ênfase dada pela mãe ao leite materno, como o alimento ideal para o filho, tanto para a nutrição como proteção. E que isto pode estar relacionado às particularidades de um bebê prematuro, em que é atribuído ao leite materno o poder de recuperar a criança, que, na visão dessas mães, não é um bebê saudável. *Para mim é uma novidade, me sinto muito bem. Estou achando bom, porque tanto é bom para mim, quanto para ela, porque ela mamando, evita muita coisa, infecção que a doutora disse* (Orquídea).

Para as mães participantes do estudo, as necessidades do filho prematuro foram vistas como prioritárias para assegurar melhores condições de crescimento e desenvolvimento. Conforme Braga, Machado e Bosi (2008), a tomada de decisão em amamentar é baseada nas prioridades estabelecidas pela mãe, tendendo ao atendimento das necessidades da criança, que assumem maior importância que as necessidades maternas. E, de acordo com Silva e Silva (2009), além da amamentação representar um ganho ou benefício para a saúde da criança, em estudo realizado por estes autores, as falas das mulheres reproduziram o papel social materno propagado junto às mulheres, que atribuem à prática da amamentação à representação da realização feminina da maternidade.

Destacamos que três entrevistas foram realizadas em domicílio após alguns dias de alta hospitalar. Tal fato fez emergir a interferência do ambiente familiar na prática da amamentação. As falas das mães revelaram a influência de mitos e tabus. E que, diante de algumas dúvidas, dificuldades e/ou sob a influência da família e da comunidade, Girassol introduziu leite artificial. *Nos primeiros dias, durante uma semana desde que ele chegou aqui, ele chorava muito, ele não dormia de madrugada, aí eu notei que meu leite estava sendo insuficiente para ele* (Girassol).

Este achado nos faz refletir sobre como a orientação oferecida pelo profissional de saúde, durante o internamento do bebê, está sendo incorporada às práticas maternas, após a alta hospitalar. E, o quanto o ambiente familiar interfere na decisão de alimentar o bebê exclusivamente com o leite materno. Podemos identificar nas falas das mães que estas informações estão sendo oferecidas na instituição, porém ao chegar à casa a adesão ao aleitamento materno exclusivo não se concretiza. *Na alta ele estava só no peito, as meninas avaliaram e pediram que ele ficasse só no peito sem nenhum suplemento, que ele aguentava (Girassol). Me disseram de que era importante até o sexto mês de vida, não dá outro alimento, somente o peito, só mama (Jasmim).*

Em estudo realizado por Alves, Silva e Oliveira (2007), sobre desmame precoce em prematuros, foi visto que a maior causa de desmame precoce na população pesquisada esteve relacionada aos fatores sócio culturais, seguidos dos econômicos, anátomo-fisiológicos e psicoemocionais. Portanto, percebemos a importância da continuidade da assistência em aleitamento materno no domicílio, do apoio e suporte na comunidade e no ambiente familiar. Como por exemplo, que a 1ª consulta após a alta hospitalar ocorra ainda na primeira semana de vida.

Reforçando este conceito, Javorski et al. (2004) afirmam que a atenção à saúde desse grupo populacional envolve intervenção na área de saúde da mulher, pré-natal, assistência hospitalar ao parto e recém-nascido e seguimento na rede básica de serviços de saúde e comunidade.

Na saída da instituição apenas um bebê estava em aleitamento artificial (mãe de gemelar), e os outros estavam em aleitamento exclusivo.

A vivência da mãe de gêmeos (Margarida) possuía particularidade, visto que a primeira filha obteve alta da unidade neonatal, em seguida participou do Método Canguru, enquanto o outro bebê apresentou evolução clínica bem mais lenta, ficando internado na unidade de cuidados intermediários por mais tempo. Além da dificuldade na formação do vínculo afetivo, do prolongado tempo de internamento interferindo de forma negativa para o estabelecimento da amamentação desta filha, Czechowski e Fujinaga (2010) afirmam que as mães de gemelares possuem maior dificuldade em manter o aleitamento materno exclusivo devido ao cansaço e à necessidade de complementação da dieta. *Eu estou dando mais*

peito para uma, que está gripada e a outra eu estou completando com o leite em pó. Eu dou o peito para uma e depois para a outra (Margarida).

Quanto ao desenvolvimento infantil e à formação do vínculo afetivo entre mãe e filho, Delgado e Halpern (2005) mostram que a formação de um vínculo adequado nos dias que se seguem ao nascimento é a primeira garantia para o recém-nascido normal da resolução de crises futuras de desenvolvimento. E que, para o recém-nascido prematuro, enfermo, ou envolvido em condições socioeconômicas adversas, a interação pode representar a diferença entre a negligência e maus tratos, e a possibilidade de uma infância saudável.

Nesse contexto de formação de laços afetivos, a Teoria de Apego de Bowlby (1989) propõe determinados tipos de comportamentos como saudáveis e promotores do bem-estar e outros que têm o efeito negativo ao apego, como situações de separação entre mãe e bebê.

Para as mulheres participantes desta investigação, estabelecer a amamentação diante das limitações relacionadas à prematuridade dos filhos constituiu-se em evento gerador de ansiedade, estresse e medo de que o bebê tivesse agravamento do estado de saúde. Como mostra Gorgulho e Pacheco (2008), mesmo os recém-nascidos que já estão liberados para sugar o seio materno têm uma sucção débil, se cansam e podem engasgar com mais facilidade. Os autores referem que é necessário que as mães sejam pacientes e compreendam as limitações dos filhos, além de receberem esclarecimentos e apoio dos profissionais de saúde da unidade neonatal.

Acrescentado este conceito, Braga, Machado e Bosi (2008) mostram que a mãe de um prematuro vivencia situações especiais, diferentes daquelas de crianças nascidas a termo, tornado-a mais vulnerável, dada a insegurança provocada pela fragilidade do filho. E que tais mães enfrentam uma fase de sentimentos de medo, dúvidas, de angústias, de insegurança e, junto a esses, vêm às pressões de familiares e amigos quanto à capacidade de amamentar, além de viverem cercadas de mitos e tabus relacionados ao aleitamento materno. *Sinto-me ansiosa, nervosa, apreensiva, mas bem (Lírio). Agora estou um pouquinho mais segura, no começo eu tive uma certa dificuldade, porque na primeira vez que eu fui amamentar ele se engasgou e eu fiquei com muito medo. Fiquei insegura, ansiosa, mas agora eu estou um pouquinho mais segura*

(Jasmim). *É bom, no começo, a gente fica meio assim com medo dela engasgar, mas depois passa* (Hortência).

A preocupação materna com a segurança do bebê é pertinente, pois conforme Delgado e Halpern (2005), antes de 34 semanas, a coordenação da sucção, deglutição e respiração não está desenvolvida e que bebês imaturos correm mais riscos de aspirar líquido para o pulmão. Os autores acrescentam ainda que estudos realizados apontam que para o bebê prematuro o aleitamento materno, quando comparado com a população de bebês a termo, é mais difícil de ser iniciada e mantida. E, que alguns fatores podem estar envolvidos, como: a separação prolongada da mãe, a ansiedade, o estresse materno, o manejo dos profissionais no suporte à amamentação, a diminuição da produção de leite, a insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade de seu leite, o comportamento alimentar imaturo do recém-nascido, principalmente que nasceu com menos de 1.500g e abaixo de 32 semanas e, finalmente, as rotinas hospitalares.

Para Azevedo (2011), uma condição necessária para que o aleitamento materno se estabeleça é que tanto a mãe precisa estar competente para oferecer a mama, quanto o bebê precisa estar apto para a atividade de sucção, de deglutição e de respiração de maneira coordenada, sem prejuízo para as funções vitais.

Os profissionais de saúde precisam ser sensíveis às queixas e preocupações das mães, uma vez que a partir da compreensão dos sentimentos vivenciados por essas mulheres torna-se possível a implementação de estratégias que contribuam para o estabelecimento de vínculos, na perspectiva de inserí-la no cuidado integral ao próprio filho.

- **Suporte promovido pelos profissionais de saúde diante do processo de lactação/amamentação**

Os discursos das mães revelaram a satisfação com o apoio recebido na instituição, através das orientações realizadas e da ajuda prática oferecida para o alívio do ingurgitamento mamário até que elas pudessem efetuar o autocuidado. Observamos que este apoio foi fornecido tanto pelos profissionais que atuavam na sala de apoio ao aleitamento materno, como também pela equipe da unidade neonatal. *As meninas lá do leite não existem. No começo, no dia que eu tive ele, as mamas*

estavam enormes, foram elas que me ajudaram todos os dias a desmamar que eu não tinha nenhum entendimento, as meninas que ficavam lá unidade, todo mundo ajudou (Girassol). Todo mundo incentivando, apoiando, dizendo que eu ia conseguir, eu ia conseguir, elas sempre me apoiaram muito (Lírio).

A forma como os profissionais de saúde acolhem as mães é fundamental para o estabelecimento de vínculo com a equipe da unidade neonatal. Compreendemos que a aproximação contribui para intensificar a segurança e confiança das mães para estabelecer a amamentação e para cuidar do seu filho. Nas falas, percebemos que as mães se referiram aos profissionais da sala de apoio ao aleitamento materno pelo nome, contudo em respeito os preceitos éticos, os trabalhadores não foram identificados.

Dentre os profissionais de saúde participantes do estudo, perfazendo o total de nove, que atuavam na unidade neonatal (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, técnica e auxiliar de enfermagem), exceto fonoaudiólogo, que estava de licença médica, no período da coleta de informações, sete haviam realizado treinamento em aleitamento materno e cinco já atuavam na unidade neonatal há mais de dez anos.

Realizamos confronto das observações com as respostas dos profissionais de saúde para que pudéssemos identificar se o discurso foi condizente com a prática observada. Corroborando esta ideia, Pires (2005) afirma que esta observação possibilita confrontar a fala e a prática do cuidado exercida pelos sujeitos do estudo, pois apenas o questionário poderia não contemplar aspectos importantes que deveriam ser captados pelo “olhar” da pesquisadora.

Quando os profissionais de saúde foram questionados como atuavam no estímulo ao aleitamento materno, cinco referiram as vantagens do leite materno para o bebê como uma das principais orientações. Podemos confrontar com as falas das mães e identificar que estas, em suas respostas, enfatizaram esta informação. Isto pôde ser visto na fala da médica, da psicóloga, da técnica e da auxiliar de enfermagem: *Explicando a importância do leite da própria mãe para a recuperação do bebê em relação à resolução de infecções e do ganho ponderal do bebê (Esmeralda). Conversando com as mães sobre as vantagens nutricionais do aleitamento materno (Rubi). Orientando as mães sobre a*

importância do leite materno para a vida dos RN, principalmente os prematuros, focando as vantagens para o crescimento e desenvolvimento (Safira).

O único profissional que mencionou a preocupação com o acolhimento e a recepção da mãe na unidade neonatal, como forma de minimizar o impacto do ambiente de UTI, foi a enfermeira, facilitando a inserção da mulher neste espaço. *Primeiramente, a recepção da mãe na unidade é um dos fatores essenciais para amenizar o impacto que o ambiente causa a estas mães de primeira viagem (Diamante).*

A atitude da enfermeira, conforme Braga, Machado e Bosi (2008), foi fundamental para habituar as mães ao ambiente frio, impessoal e temeroso que é a UTIN. Os autores elucidam que nessa primeira visita, não raro, os pais sofrem profundo impacto ao verem a criança em uma incubadora, cheia de fios, com picadas de agulhas pelo corpo e cercada de vários aparelhos. Já para Silva e Silva (2009), em pesquisa realizada, foi percebido que a partir da convivência das mulheres com os profissionais de saúde, elas referiram ter superado os medos. E que o convívio permitiu a formação de um vínculo, a tal ponto de sentirem-se até familiarizadas ao ambiente de internação da criança. Conforme Azevedo (2011), o enfermeiro, pela proximidade e pelo convívio diário com a mãe e os bebês prematuros, possui subsídios necessários para orientar e apoiar as mães no processo de estabelecimento e manutenção da lactação, como também no estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

Quanto à importância do vínculo entre mãe e filho, duas profissionais (enfermeira e psicóloga) mencionaram: *O calor da mãe, o olhar, o conforto, a voz, tudo no ato de amamentar proporciona ao RN uma melhor qualidade de vida (Rubi). Quando o bebê tiver condições, colocá-la a tocar o bebê, colocar no colo (Diamante).*

O apoio e o estímulo para promover a aproximação da mãe e do bebê, incentivando o toque, o contato pele a pele, logo que possível, favorece inclusive a lactação. Braga, Machado e Bosi (2008), em estudo realizado, perceberam que a partir das falas das entrevistadas a importância do apoio desses profissionais de saúde no estímulo ao contato precoce entre mãe e filho e na intervenção para a manutenção da produção láctea.

Em estudo realizado por Silva e Silva (2009), as mulheres demonstraram que o tipo de ajuda que esperavam da equipe, como o saber ouvir, falar e o cuidar superaram os avanços tecnológicos, não transparecendo em nenhum momento qualquer questionamento quanto à competência técnica destes profissionais. Para Trochin (2005), torna-se essencial que a comunicação e o relacionamento humano sejam utilizados como instrumentos na assistência, sendo esta uma das maneiras de despertar a sensibilidade, compreender o outro e integrar o trabalho em equipe.

Entretanto, apesar da satisfação com o apoio recebido, uma das participantes do estudo revelou a necessidade de melhorias na estrutura física e de acomodação para estas mães acompanhantes, na instituição. *É desconfortável. Não tem uma estrutura boa para está lá, para sentar, é de três em três horas, esperando para dá o horário para tirar o leite, você acaba ficando um pouco abatida* (Girassol).

O desconforto sentido pelas mães é real. Pois, a atual estrutura física disponível para as mães ordenharem o leite materno para os bebês na unidade neonatal não estava adequada para esta função. Isto porque o espaço era pequeno, nas dimensões 5,7m² o que comprometia, além de outras questões, como a ergonomia dos trabalhadores de saúde, a qualidade sanitária do leite humano ordenhado, pois de acordo com a recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA , o espaço entre as cadeiras para as mães realizarem a ordenha deve ser de 1,5m² (BRASIL, 2008). A sala existente possuía dez cadeiras plásticas que não eram confortáveis para executar a ordenha e amamentar, uma geladeira para o acondicionamento do leite humano ordenhado, uma pia para a higienização das mãos dos profissionais de saúde e das mães, um pequeno armário para guardar os frascos estéreis utilizados para a coleta de leite materno e um birô para organizar os registros das atividades.

Nos horários das dietas dos bebês, a sala chegava a receber dez mães. Entretanto, no momento da pesquisa, estava prevista, em processo de licitação da construtora, uma reforma completa de reestruturação da unidade neonatal, incluindo espaço novo e adequado para a assistência de aleitamento materno.

Entretanto, as observações realizadas no campo e as falas das mães revelaram que o componente humano presente nas relações entre as usuárias e os

trabalhadores de saúde contribuiu para minimizar os transtornos advindos do ambiente físico. *Eu gostei muito das meninas do leite, elas trataram a gente muito bem. Ajudaram até mesmo quando a gente estava triste, não estava conseguindo tirar o leite elas ajudaram* (Hortência).

Para as mães que receberam alta hospitalar e vão todos os dias à instituição para ordenhar o leite materno e visitar o filho na unidade neonatal, não existia espaço definido para a acomodação das mães ao longo do dia. Apesar de receberem a alimentação em todos os horários e suporte dos profissionais tanto da unidade neonatal como da sala de aleitamento materno, esta ação não era sistematizada. Vasconcelos et al. (2006) encontraram situação semelhante em estudo realizado e ressaltam que as iniciativas de apoio a essas mães e familiares acompanhantes são pontuais, partindo de alguns profissionais sensíveis à questão.

- **Aspectos favoráveis e dificuldades para a manutenção da produção de leite**

Para o bebê prematuro que se encontra impossibilitado de sugar o seio materno, a oferta de leite materno através de recursos como a sonda orogástrica e o copinho constituem-se em alternativas seguras para a alimentação. Neste contexto, as orientações dos profissionais de saúde às mães remetem à retirada precoce do leite nas primeiras seis horas após o parto (AZEVEDO; MENDES, 2008). Os autores referem, ainda, que tal atitude colabora para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo, isto é, o bebê é alimentado apenas com o leite materno, sugado do seio ou extraído por ordenha mamária.

Entretanto, Almeida (1998) afirma que diante de toda a vulnerabilidade emocional a que a mulher está exposta no período puerperal, as diretrizes gerais que norteiam as ações assistenciais em amamentação e a atuação dos profissionais de saúde fazem-se importantes face à ação tranquilizadora que devem exercer, no intuito de colaborar com o restabelecimento da autoconfiança materna.

As falas das mães expressaram que focar o pensamento na recuperação do bebê contribuiu para manter a autoconfiança e, conseqüentemente, para a produção de leite materno. *Quando as meninas me diziam que o melhor alimento é o leite materno e aí eu pensava nisso. Pensava no meu filho, primeiro nele, o tempo inteiro* (Girassol).

Porque eu queria está alimentando o meu filho, que ele estivesse sentindo os meus braços (Jasmim). Pensar mais nele, aquela vontade que ele saísse logo da UTIN (Orquídea).

A preocupação materna com o fato de ter leite materno em quantidade e qualidade suficientes para sustentar o filho se configura em uma observação frequente no pós-parto (ALMEIDA, 1998). Para as mães que enfrentam o desgaste emocional advindo da separação do filho, esta ansiedade é acentuada. Como referem Azevedo e Mendes (2008), a produção láctea depende do esvaziamento da mama, todavia, intervalos longos entre as extrações tendem a diminuir a lactação. Os autores recomendam, então, que a frequência da ordenha seja semelhante ao número de mamadas de um bebê por dia, de oito a dez vezes ao dia. Quanto ao tempo necessário para realizar a ordenha mamária, há indicação de que a mãe ordenhe as duas mamas de dez a quinze minutos nos primeiros dias, e, assim, que ocorrer a descida do leite, aumente o tempo para vinte a trinta minutos.

As mães do estudo apresentaram, no período investigado, satisfatória adesão à prática da ordenha mamária, visto que algumas das mulheres atenderam grande parte da demanda de leite materno para o filho, como visto no quadro abaixo.

Quadro 4 - Adesão das mães participantes do estudo à prática da ordenha mamária durante no mês de julho. Fortaleza, CE, Brasil, 2011.

Nome da mãe	Volume de leite ordenhado no mês
Jasmim	2.149 ml
Lírio	755 ml
Girassol	57 ml
Hortência	706 ml
Orquídea	565
Margarida	Nenhum registro

Destacamos que as informações relativas ao acompanhamento da evolução da lactação foram identificadas nos prontuários do bebê (volume de leite prescrito) e nos registros da sala de aleitamento materno (planilha de acompanhamento das mães e no livro de ocorrência das técnicas de enfermagem).

Dessa forma, pudemos avaliar como estava a alimentação dos bebês, verificando se somente o leite da mãe, tecnicamente chamado de aleitamento exclusivo, atendeu à necessidade ou se estava sendo necessário recorrer ao banco de leite humano para complementação da dieta, ou ainda, a possível utilização de fórmula artificial. Identificamos que os bebês de Jasmim, Orquídea e Lírio permaneceram em aleitamento materno exclusivo durante todo o período de internamento do bebê na unidade neonatal e na enfermaria mãe-canguru. Para as mães Girassol e Hortêncina, foi necessário recorrer ao leite humano pasteurizado pelo banco de leite humano da instituição. E, a bebê de Margarida, como discutido anteriormente, utilizou a fórmula artificial, pois ficou internada por um longo período e o volume de leite foi crescente, de forma que o não foi possível alimentá-la exclusivamente com o leite humano pasteurizado, devido ao estoque do banco de leite humano, que em momentos críticos prioriza os recém-nascidos graves internados na unidade neonatal de alto risco.

Em estudo semelhante, conduzido por Azevedo e Mendes (2008), as mães mesmo bem informadas quanto aos benefícios da ordenha, não conseguiram manter a frequência recomendada para que o estímulo substituísse adequadamente o papel da sucção do bebê na produção de leite. E a estimulação da lactação no domicílio ocorreu com menos frequência do que realizada no hospital, possibilitando inferências, segundo os autores, como: a presença da mãe no hospital, devido à proximidade com o filho, pode ser estimulante. Para uma mãe deste estudo, essa inferência foi confirmada. *O fato de estar aqui presente, acompanhando, de ficar internada, ajudou muito, porque todas as que vão para casa não conseguem alcançar esse objetivo totalmente. Por conta do estresse de fora, de casa, elas não conseguem...* (Lírio).

Isto pôde ser visto em estudo conduzido por Silva e Silva (2009), pois em ambiente doméstico, foi observado que a preocupação materna em meio ao desejo e responsabilidade de desempenho de vários papéis, a manutenção da lactação e a amamentação perdem força à medida que ela se reintegra à rotina. A fala de Margarida destacou a diminuição da prática da ordenha mamária no domicílio: *Quando eu vim para casa eu não fiquei estimulando, aí o leite foi acabando* (Margarida).

Observamos que para algumas mães, a conquista do volume desejado era algo que não poderia ser mensurado. *No início, as outras mães que tiravam o leite, tinha*

algumas que o peito esguichava e eu dizia não vejo a hora do meu fazer assim. E, finalmente eu consegui fazer desse jeito, chega faz espuma no copo. E, eu fiquei muito feliz quando eu consegui tirar bem mais leite (Lírio).

A permanência das mães no ambiente hospitalar gera ambivalência de sentimentos, pois ao mesmo tempo que sentem-se seguras por estar próximas do bebê, veem-se tendo que abrir mão da rotina domiciliar e do cuidado de outros filhos que permanecem em casa. *A parte mais difícil foi a falta do meu filho, foi a distância [choro] [...] foi a parte mais difícil (Lírio). Permanecer foi mais difícil devido à distância de onde eu moro (Orquídea).*

Conforme referem Silva e Silva (2009), as mães dos bebês prematuros cobram-se e veem-se com poucas condições para atender a todos de maneira que desejariam, vivenciam situação conflitante; de um lado querendo se dedicar ao filho internado; mas para que isso ocorra precisam abdicar em parte a assistência aos outros filhos e aos familiares.

A cobrança interna e das pessoas que circundam estas mães gera ainda mais ansiedade. *As pessoas me diziam, tu tiveste coragem de deixar ele lá? Isso me abatia muito, e eu pensava será que eu fui uma mãe [...] (Girassol).*

Além desse fator, a preocupação com o estado de saúde do bebê foi muito presente nas falas das mães. Ressaltamos que o estado emocional da nutriz interfere na produção láctea. *Quando eu ia tirar o leite, eu sempre via como ele estava. Às vezes ele não estava bem, quando eu voltava para tirar o leite, era muito difícil para mim, e isso dificultou a retirada do meu leite, pela situação que ele se encontrava (Jasmim).* Quando a gente chegava, nem sempre tinha a melhora, e agente acabava ficando triste, acabava travando o leite, acho que a maior dificuldade foi essa (Hortência).

Como afirmam Vasconcelos et al. (2006), a ansiedade gerada muitas vezes dificulta a adoção de uma prática que beneficia a mãe e o filho, como o estabelecimento do aleitamento exclusivo.

E para minimizar as consequências do impacto emocional na amamentação, torna-se essencial que a comunicação e o relacionamento humano sejam valorizados e utilizados como instrumentos de assistência (SILVA; SILVA, 2009).

Dentre as técnicas de comunicação, destacamos o aconselhamento em aleitamento materno, utilizado em diferentes momentos. Segundo o Ministério da Saúde, não basta ao profissional de saúde deter de conhecimentos básicos e habilidades em aleitamento materno. Ele precisa ter também a competência para se comunicar com eficiência (BRASIL 2009). De acordo com esse órgão, aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos, para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. Em outras palavras, o aconselhamento por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver a confiança no profissional.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos com este estudo que estabelecer a amamentação em recém-nascidos prematuros é o resultado de uma interação positiva de uma série de fatores, de ordem biológica, psicológica, social e cultural. E que para os profissionais de saúde incentivar esta prática constitui-se em um grande desafio, pois exige a articulação das necessidades maternas com as rotinas hospitalares, que em algumas situações não são favoráveis ao estímulo da lactação e da amamentação.

As mães participantes desta investigação eram adultas, parte possuía união estável com os seus companheiros, estudaram até o ensino médio, o que contribuiu para o entendimento das orientações realizadas pelos profissionais de saúde. A principal ocupação foi a atividade de cuidar do próprio lar, e a renda familiar foi, em média, de dois salários mínimos, o que demonstrou as dificuldades financeiras vivenciadas por estas famílias. Todas iniciaram o pré-natal e tinham realizado no mínimo duas consultas, sendo submetidas ao parto cesáreo, denotando a suposta condição de risco da gestação e do parto.

Quanto aos recém-nascidos, a maioria foi do sexo feminino, de baixo peso ao nascer e pequenos para a idade gestacional. Obtiveram nota maior ou igual a sete no primeiro e no quinto minuto, no índice de APGAR. A principal causa para a internação na unidade neonatal foi a prematuridade e, no grupo estudado, a primeira mamada ao seio materno ocorreu de sete a 63 dias após a data de nascimento. Esses achados revelaram que os recém-nascidos caracterizavam-se como uma população de alto risco de morbimortalidade.

Quanto ao padrão alimentar, no momento da alta hospitalar, cinco bebês estavam em aleitamento materno exclusivo e apenas um estava em aleitamento artificial. Sabemos das limitações deste estudo e que o mesmo não teve o objetivo de avaliar a prevalência do aleitamento materno na instituição pesquisada, entretanto, estas informações são relevantes e permite inferir que as orientações e as práticas de saúde para o incentivo ao aleitamento materno estão produzindo resultados satisfatórios.

A vivência das mães revelou que os benefícios do leite materno para o filho prematuro foram vistos como necessidades prioritárias para assegurar melhores condições de crescimento e desenvolvimento. Mas, estabelecer a amamentação de recém-nascidos prematuros não é uma tarefa fácil, devido ao medo e à insegurança diante das limitações fisiológicas próprias da prematuridade.

As mães do estudo demonstraram satisfação com apoio dado pelos profissionais de saúde, sentiram-se acolhidas, motivadas e receberam as orientações necessárias para realizarem a prática da ordenha manual. Entretanto, apesar do fator humano, as lactantes não se sentiram confortáveis com a estrutura física da instituição pesquisada, o que não proporcionou adequada acomodação.

A interferência do ambiente familiar, da crença do leite fraco e do pouco leite foi percebida através das entrevistas realizadas no domicílio, pois as mães deste grupo já haviam introduzido leite artificial na dieta dos bebês. Portanto, mesmo diante das orientações feitas durante todo o período de internamento no hospital, o aleitamento materno exclusivo não foi adotado por todas as nutrizes do estudo. Este achado revela a importância da continuidade da assistência em aleitamento materno na comunidade e da integração das equipes da unidade hospitalar e da unidade básica de saúde que acompanha as famílias, em seu cotidiano.

A distância de casa, a abdicação do desempenho de vários papéis sociais foi vista como fator que interferiu na manutenção da lactação das mães do estudo, mostrando a relação íntima das condições concretas de vida com a produção de leite. E, mesmo diante destas limitações, a maior parte das mães participantes atendeu à demanda de leite materno aos filhos, no período em que estiveram internados.

Compreendemos que as ações de promoção e o apoio ao aleitamento materno não são restritas a uma categoria profissional, devem ser de responsabilidade de todos os trabalhadores da saúde envolvidos com o cuidado de gestantes, mães e bebês. E que esta assistência deve ser individualizada, respeitando as características de cada mãe, o contexto familiar, a história de vida, para que possamos nos aproximar dos sentimentos desta mulher.

Pois, produzindo ações de saúde como “pacotes”, ou seja, todas as usuárias recebendo as mesmas informações, sem contextualizá-las, estaremos produzindo como nos moldes de uma indústria, em que se pretende um resultado único, através de processo de trabalho bem definido. Logo, percebemos que este modelo não se aplica para o trabalho em saúde, pois lidamos com algo que não é mensurável, como: emoções, vivências e relações.

O presente estudo sinaliza para a necessidade de intervenções futuras, no sentido de conhecer como essa dupla mãe e bebê prematuro estão com relação ao seguimento da lactação e do aleitamento materno e, conseqüentemente, como estão sendo produzidos os resultados das orientações oferecidas a estas mulheres no pré-natal, no pós-parto, na hospitalização e no domicílio.

De acordo com os achados do estudo, pretendemos propor para a instituição mudanças na dinâmica de orientação em aleitamento materno realizada na unidade neonatal.

O resultado desta investigação foi a elaboração de um protocolo clínico que direciona as ações da equipe de saúde, que atuam na unidade neonatal, quanto ao estímulo para a lactação e amamentação, articulando as necessidades maternas com as rotinas hospitalares.

A primeira intervenção será feita através de encontro com as coordenações médica e de enfermagem da unidade neonatal, com o intuito de apresentar o resultado da pesquisa e de propor sugestões de melhoria da assistência de aleitamento materno. Em seguida, será proposta a instituição de uma rotina de comunicação formal entre a equipe assistencial, médica e de enfermagem, da unidade neonatal com os profissionais de saúde que atuam na sala de apoio ao

aleitamento materno, visando à programação do atendimento para orientação da primeira mamada ao seio materno. Esta ação não comprometerá a assistência já desenvolvida no acompanhamento destas mães para o estímulo à ordenha manual enquanto o bebê não tem condições clínicas para iniciar a sucção.

Durante esse atendimento, será preenchida uma ficha de avaliação desta mamada, em que constarão informações relevantes sobre o recém-nascido, como dados sobre o nascimento, peso atual, data que iniciou a alimentação por via oral e sobre os sinais que demonstram, se a pega, posição e sucção estão adequadas. Além de observar e registrar a evolução diária da mamada do bebê, o profissional de saúde terá espaço para registrar os encaminhamentos necessários para os profissionais de apoio (fonoaudiólogo, psicólogo, e assistente social) como também como está o tipo de alimentação da criança (se aleitamento materno exclusivo, misto ou artificial) no momento da alta hospitalar.

A implementação deste protocolo será útil para programar a alta do recém-nascido da unidade neonatal, de acordo com o estabelecimento da amamentação. E, principalmente, garantir o registro destas informações no prontuário do bebê, facilitando, assim, a comunicação de toda a equipe de saúde que atua na unidade neonatal.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: repensando o paradigma**. Tese (Doutorado em Ciência – Área da Saúde da Criança e da Mulher) – Pós graduação do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza – cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, C. S.; PAINES, A. V.; ALMEIDA, C. B. Intervenção motora precoce ambulatorial para neonatos prematuros no controle postural **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 64-70, 2008.

ALVES, A. M. L. A.; SILVA, E. H. A. A. S.; OLIVEIRA, A. C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Rev Soc Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 1, p. 23-28, 2007.

AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M.M. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 11-16, 2008.

AZEVEDO, M.; MENDES, E. N. N. Manutenção da lactação: um desafio para as mães de prematuros hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 68-75, 2008.

AZEVEDO, M. **Padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação e Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.

BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 3, p. 293-302, 2008.

BARBOSA, A. P. L. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UECE, 2001.

BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BOWLBY, J. **Uma base segura**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos.** Brasília, ANVISA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CORRÊA, R. R. M. et al. Alterações anatomopatológicas da placenta e variações do índice de APGAR. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, p. 239-243, 2006.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Preparo dos Pais de Recém-Nascido Prematuro para Alta Hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Esc Anna Nery.**, v. 13, n. 4, p. 886-891, 2009.

CZECHOWSKI, A. E.; FUJINAGA, C. I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 4, p. 572-577, 2010.

DELGADO, S.E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1.500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**, v.17, n. 2, p.141-152, 2005.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social teoria, método e criatividade.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2007. p.79-108.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIUGLIANI, E. R. J. In: SOUZA, L. M. B. M.; ALMEIDA, J. A. G. In: **História da Alimentação do Lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Esc Anna Nery.**, v. 12, n. 1, p. 19-24, 2008.

HOFER, M. A. The psychology of early attachment. **Clinical Neuroscience Research**, v. 4, n. 5, p. 291-300, 2005.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

NASCIMENTO, M. B.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 80, supl. 5, p. 163-172, 2004.

NUNES, C. N. **O design da mamadeira**: por uma avaliação periódica da produção industrial. Tese (Doutorado) - Programa em Pós-Graduação em Design da PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2010.

PIRES, V. M. M. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

ROCHA, S. M. P. **Orientação em aleitamento materno durante o pré-natal**: contribuições desta prática. Monografia (Especialização em Enfermagem Neonatal) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

SALES, C. A. et al. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 20-24, 2006.

SANTANA, M. C. C. P. et al. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 411-417, 2010.

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

SCOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante a internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto –SP, Brasil. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 145-154, 2008.

SCOCHI, C. G. S. et al. Transição alimentar por vi oral em prematuros de um hospital amigo da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, 540-545, 2010.

TROCHIN, D. M. R. A experiência de tornarem-se pais de prematuros: um enfoque etnográfico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005.

VASCONCELOS, M. G.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev Bras Saúde Materno Infantil.**, v. 6, n. 1, p. 47-57, 2006.

APÊNDICE A – Acompanhamento de evolução da lactação

APÊNDICE B – Entrevista com as mães

Questões norteadoras:

- a. Como você está se sentindo amamentando? Fale da sua vivência.
- b. Como foi a assistência de aleitamento materno oferecida pelos profissionais de saúde durante este período?
- c. O que você considera que facilitou para que o seu filho tomasse o seu próprio leite durante o internamento na unidade neonatal?
- d. E o que dificultou para você conseguir manter a quantidade suficiente de leite no peito para alimentar o seu bebê?

APÊNDICE C – Questionário com os profissionais de saúde

1. Categoria profissional:
2. Há quantos anos está formado?
3. Há quanto tempo trabalha na unidade neonatal?
4. Você já realizou algum treinamento em aleitamento materno? Sim () Não ()
5. Como você atua no estímulo ao aleitamento materno na unidade em que trabalha?

APÊNDICE D – Protocolo Clínico de Avaliação da Mamada

ANEXO A – Autorização formal do Comitê de Ética em Pesquisa para realização do referido estudo