

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>

VIVÊNCIAS MATERNAS FRENTE ÀS PECULIARIDADES DA PREMATURIDADE QUE DIFICULTAM A AMAMENTAÇÃO¹

Luciana Barbosa Pereira¹, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão², Conceição Vieira da Silva Ohara³, Circéa Amália Ribeiro⁴

¹ Extraído da tese - Ressignificando o aleitamento materno - do ideal ao impossível: o caminhar da mãe do bebê prematuro rumo ao desmame precoce, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2013.

² Mestre em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil E-mail: lubper@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Saúde da Mulher da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: ana.abrao@unifesp.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem Pediátrica da UNIFESP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: c.ohara@unifesp.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem Pediátrica da UNIFESP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: caribeiro@unifesp.br

RESUMO: Estudo qualitativo, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e metodológico o Interacionismo Interpretativo, objetivando desvelar as vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação durante a internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foram entrevistadas 13 mães de recém-nascidos prematuros atendidas em Ambulatório de *Follow-up* do município de Montes Claros - MG, Brasil. Resultados revelaram que ao tentar amamentar o filho, a mãe interage com situações significadas por ela como obstáculos à prática da amamentação: o “tormento” da hospitalização do filho, sua instabilidade clínica, o medo da morte do bebê, sua dificuldade para sugar, o início tardio da amamentação interpretada como algo difícil, como risco ao seu ganho de peso. Consideramos que, embora a amamentação de prematuros seja um desafio, condutas profissionais e rotinas hospitalares adequadas às suas especificidades podem facilitar essa prática e devem ser desenvolvidas, visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento.

DESCRIPTORES: Prematuro. Aleitamento materno. Desmame. Enfermagem neonatal.

MATERNAL EXPERIENCES WITH SPECIFICITIES OF PREMATURITY THAT HINDER BREASTFEEDING

ABSTRACT: A qualitative study which has Symbolic Interactionism as theoretical framework and Interpretative Interactionism as its methodological one, aiming to unveil motherly experiences against prematurity peculiarities that hinder breastfeeding during infant's hospitalization at the Neonatal Intensive Care Unit. Were interviewed 13 mothers of preterm infants assisted at an Outpatient Follow-up Clinic of Montes Claros - MG, Brazil. Results show that as trying to breastfeed a premature infant, the mother interacts with situations signified by her as obstacles to breastfeeding: the “torment” of their child's hospitalization and clinical instability, the fear of baby's death, its difficulty to suck, the late start of breastfeeding interpreted as something difficult, as a risk to weight. We consider that although breastfeeding a preterm infant is a challenge, appropriate professional conducts and hospital procedures might facilitate it and therefore should be implemented, aiming at promoting, protecting and supporting breastfeeding.

DESCRIPTORS: Premature. Breastfeeding. Weaning. Neonatal nursing.

VIVENCIAS MATERNAS, ANTE LAS PECULIARIDADES DE LA PREMATURIDAD, QUE DIFICULTAN EL ACTO DE AMAMENTAR

RESUMEN: Estudio cualitativo, que utilizó como referencial teórico el Interaccionismo Simbólico y como metodológico el Interacionismo Interpretativo con el objetivo de revelar las vivencias maternas frente a las peculiaridades de la prematuridad que dificultan el acto de amamentar durante la internación del bebé en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Fueran entrevistadas 13 madres de recién nacidos prematuros, atendidas en Ambulatorio de *Follow-up*, municipio de Montes Claros - MG, Brasil. Los resultados revelaron que al intentar amamentar al hijo prematuro, la madre interacciona con situaciones significadas por ella como obstáculos al amamantamiento: el “tormento” de la hospitalización del hijo, su inestabilidad clínica, miedo de muerte del bebé, su dificultad en succionar el pecho, el inicio tardío del amamantamiento interpretado como algo difícil y riesgoso al gaño de peso. Consideramos que, aunque el proceso de amamantamiento del recién nacido prematuro sea un verdadero desafío, conductas profesionales y rutinas hospitalarias adecuadas facilitan la práctica y deben ser incentivadas.

DESCRIPTORES: Prematuro. Lactancia materna. Destete. Enfermería neonatal.

INTRODUÇÃO

O desmame precoce, conceituado como a introdução de alimentos diferentes do leite materno para o bebê, antes do sexto mês de idade, permanece como uma desconfortável realidade em nosso País, a despeito de todos os esforços realizados para a retomada da amamentação exclusiva, como prática alimentar dominante.¹ O tempo total de aleitamento materno no Brasil é de 342 dias e, considerando-se o aleitamento materno exclusivo, de 54,1 dias, conforme demonstrado na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais brasileiras, Distrito Federal e em outros 239 municípios.² Assim, vivemos um descompasso entre o reconhecimento das inúmeras vantagens do aleitamento materno para o bebê, mãe e família e a baixa adesão a essa prática.

Em relação aos recém-nascidos prematuros (RNPTs) a situação mostra-se ainda mais paradoxal, pois a comunidade científica reconhece e difunde cada vez mais os benefícios do aleitamento materno a esses bebês, destacando, além dos aspectos nutricionais, benefícios imunológicos, econômicos, endocrinológicos, neurocomportamentais e emocionais, inclusive, a redução da dor e sua maior tolerância aos procedimentos potencialmente dolorosos.³ O leite materno *in natura* é considerado o alimento mais adequado para atender às demandas específicas do prematuro, promovendo crescimento adequado e não produzindo efeitos metabólicos indesejáveis. Este fato classifica-o como o “padrão ouro” da alimentação desses bebês, visto que, o equilíbrio e a higidez de suas funções respiratória, hepática, hemodinâmica, nutricional e imunológica dependem de uma boa alimentação, e o aleitamento materno é o alimento com a maior probabilidade de oferecer tais vantagens.^{1,3}

Apesar disso, os índices de aleitamento materno exclusivo entre bebês prematuros mostram-se ainda mais críticos que os apresentados entre os bebês a termo, como demonstrado em um estudo, no qual a média de idade para o desmame parcial foi de apenas 1,4 mês e o desmame total ocorreu antes do terceiro mês de vida do bebê,⁴ o que desvela o enorme desafio que é amamentar um RNPT, em função das peculiaridades envolvidas no contexto de sua assistência.⁵

Tal paradoxo pode ser fruto de vários desafios vivenciados pelas mães de bebês prematuros ao buscarem amamentar seus filhos, como: impossibilidade do contato precoce e continuado entre

mãe e filho; ausência de amamentação na primeira meia hora de vida, conforme preconiza a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); afastamento prolongado entre mãe e filho, em função de sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Berçário de Cuidado Intermediário (BCI); falta de rotinas sistematizadas para as orientações das mães quanto às técnicas de manutenção da lactação, durante o período de hospitalização do filho, além das questões ligadas às especificidades da assistência ao prematuro e da própria condição de saúde desses bebês, muitas vezes, crítica.^{4,6}

Além disso, há baixa adesão às medidas efetivas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como por exemplo, o Método Canguru, por parte das instituições e/ou profissionais de saúde.³ O início da sucção ao seio materno ou da alimentação oral de um prematuro é variável, levando-se, em média, 8,4 dias para que o RNPT possa assumir plenamente a alimentação oral, quer seja por meio de sucção exclusiva ao seio materno ou de modo complementado, e até 47 dias, em caso de prematuros extremos,⁵ o que torna o desafio da amamentação inversamente proporcional à idade gestacional do RN.

Estudos que se atentam às razões reconhecidas pelas mães de RNPT para o desmame precoce são escassos e apontam como motivos: a crença no “leite fraco”, problemas com as mamas e insegurança da mulher sobre os benefícios gerados pelo seu leite ao filho.^{4,7} Além disso, aspectos ligados às rotinas de assistência ao prematuro, como dificuldade de acesso das mães aos serviços especializados hospitalares e ambulatoriais, tempo prolongado de hospitalização dos RNPTs e rotinas hospitalares rígidas, que dificultam a permanência ou o acesso da mãe à UTIN, favorecendo o estresse materno.^{6,8}

Contudo, é sabido que o desmame precoce de uma criança não deve ser atribuído a aspectos isolados e pontuais, mas, sim, à soma de fatores interligados à mãe, ao bebê, à família e ao contexto onde se encontram, incluindo as interferências sociais e econômicas a que estão sujeitos, em um dado tempo e espaço, posto que, além de ser biologicamente determinada, a amamentação é socioculturalmente condicionada e esse condicionamento tende a se sobrepor aos determinantes biológicos do ato de amamentar.⁹

Refletindo sobre o universo das mães de RNPT, percebemos que a prematuridade, em

si, impõe um novo ritmo e olhar à questão do aleitamento materno e do desmame precoce, de modo que as vivências da mulher, nesse contexto diferenciado, imprimem um caráter mais complexo à sua decisão a favor da continuidade da amamentação ou do desmame precoce e demandam ações específicas por parte dos profissionais envolvidos na assistência neonatal. Tais ações devem perpassar o apoio, promoção e proteção do aleitamento materno e considerar o ponto de vista materno, buscando conhecer a realidade do desmame com base no seu próprio referencial, considerando que esse referencial é construído nas interações que ela estabelece consigo mesma, o bebê prematuro, a equipe de saúde e a família. É imprescindível desvelar como a mãe interpreta suas vivências nesse período e quais situações ela define como desencadeadoras do processo de desmame precoce do filho.

Assim, este artigo tem como objetivo desvelar as vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação durante a internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, cujo referencial teórico foi o Interacionismo Simbólico, que tem como premissa a análise da experiência humana por meio da interação do indivíduo com sua realidade social, o que leva a um processo de significação para cada vivência e orienta sua ação.¹⁰

O referencial metodológico foi o Interacionismo Interpretativo, que busca obtenção de descrições densas e detalhadas de vivências desencadeadoras de significação ou ressignificação, as epifanias. Estas mudam a percepção do sujeito sobre uma dada realidade ou desencadeiam processos de significação para situações até então indiferentes.¹¹

Participaram do estudo 13 mães atendidas em um Ambulatório de *Follow-up* vinculado à Secretaria de Saúde do município de Montes Claros-MG, entre setembro de 2010 e junho de 2011. Esse ambulatório foi inaugurado em agosto de 2007, com o objetivo de acompanhar os RNPTs menores de 34 semanas e peso inferior a 2.000g, de mães residentes em Montes Claros-MG, cujos RNPTs foram atendidos em um dos dois hospitais do município que, por sua vez, são credenciados com o título de Hospital Amigo da Criança. O serviço conta com equipe multidisciplinar composta

por médico (pediatra e de outras especialidades, como cardiologia e neurologia), fisioterapeuta, fonoaudiólogo e enfermeiro.

Foram incluídas as mães de RNPTs, cujo parto ocorreu com menos de 34 semanas de idade gestacional, cujo filho foi hospitalizado em uma das UTIN dos hospitais referidos e que introduziram outros alimentos ou líquidos a este, antes do sexto mês de vida. As mães, cujos filhos apresentavam malformações congênicas ou adquiridas que pudessem impedir ou dificultar a amamentação foram excluídas. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação dos dados.¹²

A coleta dos dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, realizadas em sala reservada do ambulatório, realizadas entre o segundo e o décimo mês após a alta hospitalar dos RNPTs, sendo atreladas às consultas de retorno destes ao *follow-up*. Mas, o desmame completo dos bebês, para a maioria das entrevistadas, havia ocorrido até 40 dias pós-alta. As entrevistas foram norteadas pelas seguintes questões: Como foi o processo de alimentação de seu filho, desde o nascimento até a alta hospitalar? Como você resolveu dar outro leite ou outros alimentos para seu filho, após a saída do hospital? Durante seu transcorrer, outras questões foram sendo formuladas, a fim de aprofundar a compreensão dos conceitos expressos pelas mães.

Após cada coleta, foram transcritas na íntegra para serem submetidas à análise concomitante à coleta, seguindo as diretrizes propostas pelo Interacionismo Interpretativo: delimitação da questão, “desconstrução” e análise crítica das concepções prioritárias do fenômeno, captação ou apreensão do fenômeno, quebra do fenômeno/redução do fenômeno, construção ou reconstrução do fenômeno e contextualização. Desta forma, após transcrição e leitura das entrevistas foram identificadas as unidades de significado, as quais foram agrupadas por similaridade, dando origem às categorias temáticas que revelaram as epifanias.¹¹

As normas éticas para a pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O Ambulatório de *Follow-up* autorizou a coleta de dados, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), parecer n. 0679/10. No sentido de manter o anonimato, cada mãe recebeu o nome de uma flor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados desvelou que, na percepção da mãe, entre os desafios à prática da amamentação estão os relacionados às peculiaridades do filho ser prematuro. Assim, a epifania “Interagindo com as peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação”, apresentada neste artigo, revela os percalços e obstáculos vivenciados por ela, e o espaço de destaque que eles ocupam na vida dessa mulher, tornando a amamentação uma questão secundária, cujo estabelecimento, via de regra, ocorre tardiamente.

Nesse contexto, a mãe começa a lidar diariamente com o medo da perda do filho, a angústia pelo tempo de separação e pela instabilidade clínica do RNPT e com o estresse envolvido no intuito de manter sua lactação.

Desvela, também, as dificuldades experienciadas pela mãe, a partir do momento em que a amamentação passa a ser uma realidade para ela, o RNPT e a equipe de saúde. Com a introdução da prática de amamentação, vai se descortinando um novo contexto, que se confronta com as definições maternas vigentes, até então, a respeito do aleitamento materno. A partir desse momento de interação mais próxima com o filho, ela descobre que o ato de amamentar não é tão fácil como imaginava, visto que o bebê prematuro apresenta um padrão de sucção diferenciado, e o ato de sugar o seio pode representar para a mãe uma ameaça a seu ganho de peso, conforme apresentado nas categorias temáticas que integram essa epifania.

A seguir, as mesmas serão descritas, ilustradas com falas extraídas dos discursos das mães e discutidas à luz da literatura.

Vivenciando o tormento da hospitalização e o medo da morte do filho prematuro

A experiência da hospitalização do filho prematuro é tão difícil para a mãe, que ela a define como um tormento, um momento de estresse e apreensão, algo a ser esquecido. O impacto dessa experiência é tão grande que pode até acabar repercutindo em sua saúde física e mental, podendo determinar inclusive, o desmame precoce.

Mas, eu acredito que meu leite secou mais. Foi esse tormento, que foi aí no hospital que eu estava esses dois meses [...]. Foi muito difícil o período que ele ficou internado [...]. Todo dia nós indo lá, e todo dia ele tinha tido uma recaída, sabe? Tinha ficado ruim. Então, foi difícil demais! (Dália).

Então, eu acredito que o desmame foram vários fatores [...]. O psicológico que eu passei com as meninas no CTI, e você indo lá todos os dias, o estresse que a gente tem no dia a dia do CTI. Então, eu acho que todo esse processo não colaborou (Hibisco).

Então, eu acho que o emocional da gente afeta [...]. E eles pediam que a gente acalmasse, pois, quanto mais nervosa ficava, o leite só ia diminuindo (Gardênia).

De fato, a hospitalização do RNPT altera o cotidiano familiar, que passa a ser marcado pelo medo do que poderá vir a acontecer com o filho, percebido, sobretudo, em sua fragilidade. Essa percepção está em consonância com alguns autores, os quais afirmam que o nascimento de um RNPT representa um período limitado de desequilíbrio familiar, um momento, em que, os pais podem ficar tão abalados a ponto de terem dificuldade de apreender as orientações da equipe de saúde.^{3,13}

A vivência da hospitalização do filho na UTIN é marcante na vida familiar, pois, no imaginário coletivo, o ambiente da UTI é associado à ideia de finitude, de possibilidade iminente da morte e, por isso, demanda estratégias para a reorganização social, afetiva e psicológica da mãe e família, e essa reorganização é fundamental no processo de formação do vínculo e no estabelecimento do aleitamento materno.¹⁴

Neste estudo, a angústia e a tensão familiar, geradas pela insegurança em relação ao bem-estar do prematuro, foram definidas como um dos aspectos desfavoráveis ao estabelecimento da amamentação, percebidas como parte do contexto que envolve a chegada prematura do filho. Essa percepção é reforçada diante de situações de instabilidade clínica do bebê, quando os pais passam a considerar sua perda sob uma perspectiva mais real, podendo estar relacionada à tentativa materna de adiar o processo de vinculação com o filho, a fim de se preservar e evitar sofrimento, diante dos riscos associados à prematuridade.¹⁴

Os temores maternos, gerados pelo quadro clínico instável do bebê, impõem à mãe o desafio de conviver, de uma forma mais concreta, com a possibilidade de perda do filho. Nesse cenário de incertezas, a sobrevivência do bebê assume toda a sua atenção e outras questões passam a ser secundárias, inclusive, a amamentação. Essa constatação pode ser percebida nas falas a seguir.

De um dia você chegar lá [na UTIN], e elas estarem ótimas e você sair superfeliz e, no outro, ter acontecido algum probleminha e você sair de lá arrasada! (Hibisco).

Acho que a preocupação era demais com ele lá internado! Ele lá sozinho! Às vezes, eu chegava, e eles falavam: 'Acácia, não entre agora que o médico quer conversar com você!' A partir da hora que eu saía de casa já era uma preocupação! O tempo todo era só com ele na mente! Eu queria lutar para ele sobreviver! (Acácia).

No transcorrer da hospitalização, à medida que o filho mostra-se clinicamente estável e a mãe pode estar participando mais diretamente de cuidados rotineiros, como ajudar no banho, sua autoconfiança começa a ser resgatada.¹⁵ Quando passa a interagir com o filho, a mãe/família começam a percebê-lo além de sua fragilidade.¹³

Nesse contexto, a atuação da enfermagem pode ser um diferencial para a facilitação do processo adaptativo familiar, incluindo, precocemente, os pais nos cuidados com o bebê e buscando uma comunicação relevante e eficaz, que considere a individualidade e a singularidade de cada família e cada recém-nascido, respeitando-se aspectos culturais e considerando-se a rede social de apoio disponível em cada caso.¹⁵ Desse modo, sua atuação contribui para a redução da ansiedade e do medo¹⁶ e gera subsídios, para que a mãe possa voltar-se mais rapidamente para a amamentação.

Defendemos a entrada precoce dos pais na UTIN e o estímulo à participação destes nos cuidados com o bebê, como recomendado pelo Ministério da Saúde, pois, segundo o mesmo, a mãe só consegue interagir com o filho de modo mais concreto, no estágio mais avançado de sua organização psíquico-afetiva, no qual ocorre uma reorganização de sua identidade, deixando o papel de filha para assumir o papel de mãe, de esposa para progenitora, de trabalhadora para mãe de família.¹ Nesse momento, a mãe sente-se mais segura em interagir com o filho por meio do contato físico. Contudo, a evolução dos estágios de organização psíquica da mulher e família depende do modo como os pais são acolhidos no serviço de UTIN e da frequência e precocidade desses contatos.¹ Estratégias voltadas para esse fim vêm mostrando-se eficazes na redução da ansiedade e na facilitação do vínculo familiar.

Vale salientar que os serviços incluídos neste estudo cumprem o que preconiza a Lei n. 11.108, de 2005, que garante a presença de um acompanhante escolhido pela mulher, durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato.¹ Os hospitais em questão permitem o contato precoce e continuado entre o RNPT e os pais, contudo, essas medidas precisam ser incentivadas de modo mais sistemático e abrangente.

O início da amamentação e as interpretações maternas, advindas de suas interações com esse processo, estão descritos na categoria a seguir.

Iniciando a amamentação tardiamente

Às vezes, a vivência da amamentação ao seio é postergada até a alta da UTIN, quando mãe e filho já se encontram na enfermaria destinada a prematuros clinicamente estáveis, os “hoteizinhos”. Neste estudo, tal prática, ocorreu, em geral, após a saída dos bebês do ambiente da UTIN. Em alguns casos, até chegar o momento de poder colocar o filho para sugar o seio, a mãe amamenta-o de modo indireto, por meio da ordenha de seu leite, contudo não reconhece essa atitude como uma forma de amamentação, ainda que ofereça seu leite ordenhado para o filho.

Quando ele foi para o hotelzinho, ele mamou pela primeira vez [...]. Eu tirava o leite de meia em meia hora, porque eu ficava muito nervosa com ele lá e saía para andar e ver se melhorava um pouco, porque eu ficava muito nervosa! (Jasmim).

Assim que ele nasceu, eu estava tendo muito leite. Eu tirava no hospital e lá em casa (Dália).

Aí eu fiquei uns 23 dias tirando o leite todos os dias, em casa e no banco de leite, de três em três horas. Tinha dia que eu levava três vidros de leite! (Violeta).

Eu tirava o leite no banco de leite, elas pasteurizavam e davam para ele. Só que ele recebia por sonda, só 2 ml (Gardênia).

Percebe-se que, para a mãe, o aleitamento está condicionado ao ato do bebê sugar diretamente o seio, embora bebês que recebem leite ordenhado por meio da sonda ou copo, sejam considerados “em aleitamento”.³ As mães também acreditam que o fato de não poderem colocar o filho para sugar diretamente o seio, desde o início, leva-o a certo desinteresse pelo processo de amamentação, conforme pode ser observado nas seguintes falas.

E, também, pelo período que fiquei sem amamentar [...]. Talvez, se eu o tivesse amamentado, desde o primeiro dia, desde o dia em que nasceu eu tivesse leite suficiente para ele, mas, como eu fiquei mais de dois meses sem amamentar [...] (Amarílis).

Eu acredito que, quando uma criança nasce e já pega no peito, ela tem um vínculo muito maior com a amamentação do que quando ele, no meu caso, foi para o CTI e só depois que fui lá para estimular ele pegar, mas ele não tem mais aquela necessidade, aquela ânsia que você vê os bebês tendo com o peito, aquela coisa da amamentação! Eu observei isso (Bromélia).

O estudo revelou, ainda, que durante a estada na UTIN, algumas mães que conseguiram realizar a ordenha mamária, fizeram-no de modo não sistematizado e por um curto período de tempo. Esse é outro aspecto negativo no processo de lactação, cujo sucesso depende do contato precoce entre mãe e filho e da realização de ordenhas frequentes e continuadas, iniciadas nas primeiras horas de puerpério.^{1,3}

É importante que a mãe seja acompanhada e encorajada pela equipe da unidade neonatal em suas tentativas de ordenha, que pode ser feita na UTIN, desde que tomados os cuidados higiênicos adequados à segurança microbiológica do leite e que o consumo seja imediato. Portanto, a entrada precoce dos pais na UTIN, o estímulo à sua participação nos cuidados com o bebê e o apoio para a ordenha devem ser vistos como estratégias eficazes na redução da ansiedade, na facilitação do vínculo familiar e na promoção do aleitamento materno.¹

Vale ressaltar que, entre as prerrogativas da IHAC, cujos serviços envolvidos no estudo são signatários, o quinto passo diz que a equipe de saúde deve mostrar às mães como amamentar e como manter a amamentação, mesmo que venham a ser separadas de seus filhos.³ Outro aspecto que deve ser observado pela equipe é em relação à ordenha, que deve ser realizada com frequência mínima de oito vezes em 24h, durante 15 a 20 minutos, independente da produção láctea, até que o bebê esteja apto a sugar o seio materno.¹ Para isso, a equipe de saúde deve garantir, além das informações, os insumos necessários como frascos estéreis, gorros e máscaras e um ambiente adequado para ordenha durante o período em que a mãe se encontrar na instituição, e apoiá-la para que a ordenha seja realizada no domicílio.

Outras questões percebidas pelas mães como aspectos desfavoráveis à amamentação são reveladas na categoria apresentada a seguir.

Vendo a sucção como algo difícil e como uma ameaça ao ganho de peso do filho

Quando tenta colocar o filho prematuro para sugar o seio, a mãe percebe que o ato de amamentar não é tão simples como esperava e, muitas vezes, está carregado de restrições, demandando ajuda de outros profissionais. Essa dificuldade do RNPT sugar efetivamente o seio e esvaziar a mama também constituiu-se em uma barreira ao estabelecimento da amamentação, conforme relataram as mães deste estudo. Estas identificaram

a necessidade de treinamento e estímulo, para que seu filho conseguisse uma sucção efetiva e o fato confrontou suas concepções prévias sobre o ato de sugar, até então compreendido como um comportamento reflexo. As nas falas a seguir elucidam este fato.

No início, foi muito difícil! Foi preciso a ajuda da fonoaudióloga que estimulou ele aprender a sugar. No início, ele não pegou de imediato não, foi muito difícil! Então, foi muito complicado! (Bromélia).

No hospital, a enfermeira falava: Se você tem e se não tem leite no peito, ponha seu filho para sugar! Eu colocava só que ele não conseguia sugar (Papoula).

Aí, depois que M foi para o quarto e chegou o momento dela poder fazer a sucção, a gente colocou a M no seio e fez sonda no seio para ela sugar (Hibisco).

Essa nova vivência contribuiu para as mães ressignificarem o fenômeno de amamentação como algo mais complexo, que demanda treinamento, vigilância, conhecimento e habilidade de profissionais, como fonoaudiólogos e enfermeiros, além do binômio mãe-filho, contrapondo-se à construção social do que é amamentar.

O ritmo e o padrão de sucção do RNPT, realmente, são diferenciados, podendo ter sucções lentas e profundas, seguidas de deglutição e pausa ou sucções frequentes e desorganizadas, sem pausas para deglutição, o que justifica a necessidade de treinamento oral, com o intuito de coordenarem a sucção/deglutição e respiração, especialmente em recém-nascidos menores de 34 semanas de idade gestacional.^{3,4} Os exercícios para a estimulação da sucção facilitam a transição da dieta enteral para a amamentação ao seio, reduzindo o tempo total de hospitalização.^{5,7} Entretanto, é importante orientar as mães que toda essa situação tem um caráter temporário.

Além de reconhecer o padrão diferenciado de sucção, a mãe percebe o ato de sugar como uma ameaça ao ganho de peso do filho. Neste estudo, essa percepção foi reforçada a partir das vivências maternas no contexto hospitalar, em que o ganho de peso do bebê assume relevância e configura-se como um dos principais aspectos avaliados pela equipe de saúde para a decisão pela alta hospitalar do bebê. Assim, a mãe interpreta o movimento e as orientações dos profissionais de saúde sobre esse tema, e passa a definir que a melhor forma de alimentação é a que contribui para o alcance desse objetivo, no período de tempo mais curto.

Dessa forma, ao ouvir da equipe a orientação de que seu filho deve sugar por um tempo

controlado, a mãe define que a sucção do bebê ao seio pode representar uma ameaça a seu ganho de peso, ainda que a equipe fale sobre a importância da amamentação, e ela manifeste o desejo de mantê-la ou reiniciá-la, como demonstrado nas seguintes falas.

No início, elas estavam no CTI, e eu não podia amamentá-las, porque o peso delas era muito baixo [...]. Elas não puderam ter a sucção por essa questão do baixo peso (Hibisco).

Lá na enfermaria, elas colocavam [para sugar], mas diziam que ela não podia sugar muito, para não perder peso [...]. Eles falavam assim: 'coloca no peito um tempinho'. Aí, ela tinha que mamar um tempinho, se ela mamasse muito, ela perdia peso (Rosa).

No primeiro dia, eles já pediram o leite para colocar na sonda. Eu já tinha o desejo de amamentar e perguntei se não podia coloca-li no peito. [...] A enfermeira me ajudou a dar o leite no copinho para ele não gastar tanta energia e a gente poder ir embora logo (Bromélia).

No atual estudo, como ilustram as falas destas participantes, a percepção da sucção do RNPT ao seio, como um risco ao seu adequado ganho de peso, foi compartilhada com os membros da equipe de saúde, apesar de haver, na literatura, a orientação recorrente para que a alimentação oral do RNPT seja iniciada precocemente, sempre que possível e, de preferência, por meio da sucção ao seio.^{2-3,17}

Além disso, a Organização Mundial de Saúde recomenda que o contato do bebê com o seio materno seja feito o mais precocemente possível, ainda que, no início, vá apenas "lambê-lo".³ Estudo avaliando os benefícios da estimulação da sucção pela técnica da "mama vazia", observou redução no tempo de hospitalização dos prematuros,¹⁸ o que também reforça a ausência de relação de causalidade entre a sucção e a perda de peso do prematuro. Outras vantagens atribuídas à técnica da sucção na "mama vazia" são: o fato de ser mais fisiológica, potencializando o desenvolvimento do sistema sensorio-motor oral e promovendo estímulo tátil e gustativo; a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho; a inclusão materna nos cuidados neonatais, além de facilitar a manutenção da lactação, posto que a mãe deve ordenhar a mama, antes de oferecer o seio ao filho.¹⁸

Ademais, o peso e a idade gestacional, critérios geralmente utilizados nestes serviços para liberação da sucção do RNPT ao seio materno, não devem ser tomados como únicos parâmetros, posto ser a sucção uma função complexa que demanda do RNPT habilidade motora-oral, controle fisiológico, coordenação da sucção-deglutição-respiração

e respostas táteis aos estímulos. Estudos mostram que, quanto mais cedo for estimulada a sucção, mais rapidamente será desenvolvida, de modo que, tão logo o RNPT atinja a dieta plena por sonda gástrica deverá ser avaliado quanto à possibilidade de transição diretamente ao seio materno.^{3,17} Entretanto, a transição alimentar vem ocorrendo de diferentes formas nos serviços de UTIN, sendo motivo de discussões e divergências entre a equipe de saúde. Além disso, inexistente um consenso sobre as melhores técnicas e vias de administração do complemento alimentar no intuito de preservar a amamentação,⁵ o que contribui para as diferentes posturas profissionais e rotinas hospitalares.

Assim, cabe à equipe de saúde buscar estratégias de facilitação da amamentação como: ajuda para pega e posicionamento corretos; ordenha do leite anterior, mais hipocalórico, para ser oferecido, se necessário, após a mamada; adoção de posicionamentos diferenciados, como mamada invertida e posição de cavaleiro, além de orientação e exercícios coordenados por profissional capacitado para sucção eficaz dos prematuros com menos de 34 semanas de idade gestacional corrigida.³

Especificamente aos RNPTs, os dez passos para o sucesso da amamentação nas UTIN devem ser estendidos com a adoção de mais três passos: foco da equipe na mãe e sua situação, provisão do cuidado centrado na família e continuidade do cuidado pré, peri e pós-natal e após a alta.¹⁹ Em relação ao cuidado domiciliar, autores²⁰ destacam a importância de fortalecer o vínculo entre a Unidade Básica de Saúde e a família do RNPT, no intuito de garantir a continuidade do cuidado efetivo e diferenciado a esses bebês e suas famílias. O itinerário das famílias de RNPT ainda é marcado pela fragilidade dos vínculos com os serviços de atenção básica e por barreiras de acesso a esses serviços, o que gera insegurança e insatisfação por parte da família e contribui para a não efetividade no seguimento da criança prematura.²⁰ Desse modo, a falta de apoio continuado à família do RNPT também interfere na manutenção/resgate do aleitamento materno como prática alimentar dominante.

Além disso, a adoção de medidas comprovadamente eficazes devem ser implementadas pelos serviços, tais como: metodologia canguru; alojamento hospitalar ou auxílio transporte para mães ao banco de leite humano, adoção da alimentação trófica na UTIN e capacitação da equipe envolvida nos cuidados às famílias de RNPT, nos diferentes níveis de atenção, no curso de aconselhamento em amamentação.³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação do RNPT representa um desafio aos envolvidos nesse processo, em função das especificidades relacionadas a prematuridade. Mas, as condutas profissionais e as rotinas hospitalares podem facilitar essa prática, caso adotem medidas efetivas de apoio contínuo à mãe e à família e busquem promover, proteger e apoiar a amamentação, considerando suas singularidades.

Os resultados obtidos neste estudo apontaram questões que devem ser refletidas pelos profissionais envolvidos na assistência neonatal, entre elas, a importância do apoio familiar sistematizado ao longo do período de hospitalização do bebê, a facilitação do vínculo mãe-filho-família e a atualização das rotinas que envolvem a nutrição infantil e o desenvolvimento do prematuro, com base em evidências científicas. É fundamental que a equipe de saúde ofereça suporte humano, logístico e técnico necessário à concretização da amamentação do RNPT e adote uma postura mais favorável a essa prática, considerando a relevância desse aspecto no processo de significação materna quanto à amamentação e o desmame.

Além disso, é importante buscar a incorporação dos pressupostos da IHAC, pois, embora seja considerada uma estratégia eficaz na promoção da amamentação, em nossa realidade, não se vem mostrando suficiente para suscitar atitudes profissionais e rotinas hospitalares favoráveis a manutenção do aleitamento materno entre mães de RNPT, em especial, no ambiente da UTIN. A maioria das situações reconhecidas pelas mães como dificultadoras à amamentação decorreu, de fato, de uma abordagem profissional desfavorável ou insuficiente para gerar o apoio necessário a essa prática.

O fato do estudo ter sido realizado apenas com população assistida em hospitais que detém o título de IHAC e acompanhada em Ambulatório de *Follow-up* do RNPT, constituiu-se em uma limitação do estudo, uma vez que populações expostas a outros tipos de atendimento poderiam referir-se a outras vivências, ampliando a compreensão do fenômeno estudado.

Ademais, acreditamos que estudos de intervenção a respeito de outras possibilidades de abordagens no manejo do aleitamento materno, junto a essa população, devem ser realizados, considerando-se as peculiaridades que envolvem a assistência neonatal e a relevância do aleitamento materno para a saúde do RNPT.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru. 2^o ed. Brasília (DF): MS; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). II Pesquisa de Prevalência nas Capitais brasileiras e Distrito Federal: aleitamento materno. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF): MS, 2009.
3. Organização Mundial da Saúde. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de Medicina y otras ciencias de la salud, Washington (US): OPS; 2010.
4. Silva SMS, Segre CAM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum [online]. 2010 [acesso 2012 Dez 10]; 20(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000200012&lng=pt&nrm=iso
5. Scochi CGS, Gauy JS, Fujinaga CI, Fonseca L MM, Zamberlan NE. Transição alimentar por via oral em prematuros de um hospital amigo da Criança. Acta Paul Enferm [online]. 2010 [acesso 2013 Jan 23]; 23(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/15.pdf>
6. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini, GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da Criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Cien Cuid Saude [online]. 2008 [acesso 2012 Dez 15]; 7(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400015
7. Alves AML, Silva EHAA, Oliveira AC. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. Rev Soc Bras Fonoaudiol [online]. 2007 [acesso 2012 Nov 12]; 12(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400015
8. Machado MMT, Bosi MLM, Braga DF. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Rev Nutr Campinas [online]. 2008 [acesso 2012 Nov 12]; 21(3). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=487550&indexSearch=ID&lang=p>
9. Pereira LB. Ressignificando o aleitamento materno - do ideal ao impossível: o caminhar da mãe do bebê prematuro rumo ao desmame precoce [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.

10. Charon JM. Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, and an integration. 10ª Ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2010
11. Denzin NK. Interpretive interacionism. Newborury Park: SAGE Publicatino; 1989.
12. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* [online]. 2011 [acesso 2012 Fev 8]; 27(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
13. Iungano EM. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Psciol Pediatr* [online]. 2009 [acesso 2012 Mai 8]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3974
14. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH; Marcon SS. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia Intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery* [online]. 2012 [acesso 2013 Jan 20]; 16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010.
15. Souza N, Pinheiro-Fernandes AC, Cruz-Costa ICC, Enders B, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Publica*. [online]. 2010 [acesso 2012 Nov 15]; 12(3). Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0124-00642010000300002
16. Conz CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Promoção do vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2009 [acesso 2012 Jan 10]; 43(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a16v43n4.pdf>
17. Ben XM. Nutritional management of newborn infants: practical guidelines. *World J Gastroenterol*. 2008 Oct 28;14(40):6133-9.
18. Venson C, Fujinaga CI, Czuniak GR. Estimulação da sucção não nutritiva na “mama vazia” em bebês prematuros: relato de casos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* [online]. 2010 [acesso 2012 Nov 10]; 15(3):452-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/22.pdf>
19. Nykvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kilberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact* [online]. 2012 [acesso 2013 Fev 20]; 28(3):289. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com./content/28/3/289>
20. Viera CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2009 [acesso 2013 Fev 19]; 18(1). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a09>