

PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

ORIENTATION AND INCENTIVE PROGRAM FOR PREMATURE NEWBORN BABIES' BREASTFEEDING

Marcia Fogo*

■ RESUMO

Esta pesquisa procurou investigar a validade de um programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro. Debateu, dialogicamente, com ampla fundamentação teórica e uma pesquisa com dois grupos de mães – um com acompanhamento no período pós-natal e outro não.

Foi um instrumento válido para verificação de que o programa conseguiu motivar toda a equipe compromissada com a proposta, desde a enfermagem até os médicos, tanto na Santa Casa de Misericórdia como no Ambulatório de Prematuridade do Posto de Saúde.

Permitiu a constatação de que, apesar deste programa aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo, há um número grande de fatores, aqui também discutidos, que podem levar ao desmame.

UNITERMOS: aleitamento materno; prematuro; orientação.

■ ABSTRACT

This research has attempted to investigate the validity of an orientation and incentive program for premature newborn babies' breastfeeding. It discussed dialogically with a wide theoretical basis and research done with two mother's groups—one with a continued postbirth program and the other one without.

The instrument was valid in verifying that the program managed to raise the motivation level of the entire team involved with the proposal, from the maternity ward workers to the doctors, as much at the Santa Casa de Misericórdia as at the Ambulatório de Prematuridade do Posto de Saúde.

It proved that although this program increases the predominance of exclusive breastfeeding there is a large number of factors, also discussed in the research, that can lead to premature weaning.

KEY WORDS: breastfeeding; preterm infant; orientation.

* Fonoaudióloga Clínica formada pela PUC-SP; Fonoaudióloga Hospitalar da U.T.I. Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhanga e U.T.I. Neonatal e Pediátrica Cláudio Aguiar – Taubaté – SP; Especialista em Motricidade Oral-Hospitalar–CEFAC.

■ INTRODUÇÃO

No início da década de 90, quando já atuávamos como fonoaudióloga há cerca de sete anos, passaram a nos solicitar avaliação e orientação de casos de recém-nascidos, com dificuldades de sucção, em um berçário de uma Santa Casa de Misericórdia, situada em cidade do interior de São Paulo, com aproximadamente 120.000 habitantes. Aprendemos, assim, a valorizar ainda mais a importância de um minucioso exercício de observação destes pequeninos seres e, mais adiante, o quanto era necessário compreender a díade mãe-bebê para que pudéssemos prestar, efetivamente, alguma espécie de ajuda.

Durante o período de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva, os bebês são expostos a grandes riscos e agressões, sendo que seu sistema nervoso desenvolve-se sob condições não fisiológicas e freqüentemente adversas, como descreve GHERPELLI (1989), e a interação das mães com seus bebês sofre uma quebra importante. Os pais passam por um processo de impotência muito intenso, onde assistem seu filho como visita e, muitas vezes, sequer podem tocá-lo ou têm coragem de fazê-lo, tal o volume da parafernália de fios, tubos, agulhas e aparelhos que envolvem seu pequeno bebê. Toda a idealização que a mãe fazia do nascimento do seu filho, ou seja, "um bebê saudável, gordinho, rosado", cai por terra, como constata BRAZELTON (1988) e KLAUS & KENNEL (1992).

Tendo em vista esse quadro, começamos, então, a pensar em formas de minimizar essas dificuldades, considerando a possibilidade de promover a aproximação entre mães e bebês através da amamentação.

Trilhando esse caminho, alcançamos o nosso objetivo de pesquisa, que é o quanto um programa de orientação e incentivo às mães de bebês prematuros pode favorecer tal aproximação e, indo além, o quanto pode também favorecer a amamentação, apesar de todas as dificuldades que essa díade enfrenta, considerando a relevante diferença entre o recém-nascido a termo e o recém-nascido pré-termo.

■ METODOLOGIA

Foram objetos de estudo dois grupos de mães. O grupo A contou com mães de pacientes com história de prematuridade, que receberam orientação e incentivo ao aleitamento materno na Santa Casa e acompanhamento fonoaudiológico no Posto de Saúde. O grupo B contou com mães de pacientes com história de prematuridade, que receberam orientação e incentivo ao aleitamento materno na Santa Casa sem acompanhamento fonoaudiológico. Cada grupo foi formado por 10 (dez) mães pertencentes ao Sistema

Único de Saúde (S.U.S.) e residentes na mesma cidade onde se situa a Santa Casa.

A primeira orientação foi dada ainda no leito e nela falamos, fundamentalmente, sobre as vantagens do aleitamento para o bebê prematuro e sobre formas de manutenção do leite. Essa primeira orientação foi sempre realizada após uma pequena anamnese (Anexo 1) momento este em que a mãe e a pesquisadora tinham chance de se "familiarizar".

A segunda orientação foi dada quando o bebê prematuro iniciava o processo de transição da alimentação por sonda para via oral, podendo eventualmente ser levado ao seio. Tinha como objetivo ajudar as mães na percepção dos sinais do bebê prematuro, ensinar técnicas de amamentação e reforçar a primeira orientação.

A terceira orientação foi dada junto a uma entrevista de acompanhamento hospitalar (Anexo 2), no momento da alta do bebê (ou próxima a ela) e, além de reforçar o que já havia sido explicado na primeira e segunda orientações, sugeria formas de como enfrentar problemas que podiam surgir nos primeiros dias de aleitamento fora do berçário.

O grupo A recebeu reforço das orientações e incentivo ao aleitamento com aproximadamente 10 (dez), 25 (vinte e cinco) e 40 (quarenta) dias, como também uma avaliação final 70 (setenta) dias pós-alta. O grupo B passou por avaliação única, com 30 (trinta) dias após a terceira consulta médica pós-alta, isto é, 70 (setenta) dias pós-alta. A pesquisa foi realizada durante as visitas de controle médico ambulatorial.

Em todos os contatos com a pesquisadora pós-alta, as mães foram expostas ao Anexo 3, com pequenas variações em função das respostas. Ressaltamos também que o grupo B foi exposto ao Anexo 3 na sua única avaliação.

Tínhamos como objetivo comparar as diferenças entre os dois grupos em relação ao desmame e às dificuldades encontradas.

■ RESULTADOS, ANÁLISES E CONCLUSÕES

Quando nossos pacientes prematuros têm alta hospitalar, um dos pré-requisitos é uma mamada ao seio eficiente, apesar do aleitamento misto. Será que este fator aliado às nossas orientações "perinatais" e "pós-natais" são efetivas para que esse processo se encaminhe para o aleitamento exclusivo?

Em nossos estudos observamos que existem realmente muitas dificuldades desde a fase hospitalar até o período pós-alta:

- ☐ A dificuldade de apego a um bebê gravemente enfermo.
- ☐ A manutenção do suprimento de leite por longos períodos de internação.

- ☐ *As grandes diferenças entre o estado de alerta de um bebê a termo e um pré-termo.*
- ☐ *O estresse materno que pode, também, interferir no suprimento de leite.*
- ☐ *O padrão imaturo de sucção do bebê pré-termo.*

Além destas dificuldades, que seriam específicas do nascimento dos bebês prematuros, somam-se as encontradas pela estrutura hospitalar e familiar:

- ☐ *Não há alojamento conjunto.*
- ☐ *O uso de fórmulas lácteas, oferecidas por mamadeiras, é mais freqüente do que deveria.*
- ☐ *O fator financeiro impede as mães de visitar e amamentar seus bebês diariamente.*
- ☐ *A impossibilidade de as mães visitarem seus bebês no hospital por já terem outros filhos pequenos em casa, sem ter quem cuide.*

Contudo, os resultados de nossas pesquisas fazem crer que, mesmo assim, é possível o aleitamento materno, se a equipe de trabalho estiver preparada e motivada para orientar essas mães, falando a mesma linguagem.

Pudemos perceber na nossa equipe o papel preponderante que tem o neonatologista, responsável pela alta final e orientações medicamentosas. Se a mãe já sai do berçário com uma receita de leite, segundo os nossos dados, ao primeiro choro da criança, a mãe pode se sentir estimulada a comprá-lo e oferecê-lo na mamadeira.

Ir para casa leva a mãe e o bebê a uma nova rotina, muitas vezes mais estressante do que o próprio ambiente hospitalar na época da alta. O estresse da vinda do bebê “premature” para casa pode alterar a descida do leite, pela responsabilidade que a mãe assume. Se ela não está segura em relação ao aleitamento e ciente dos passos a seguir, o desmame é inevitável, pois não faltam conselhos de que o bebê está com fome e/ou que o leite é fraco, e surge então a mamadeira, que, pela facilidade de sucção do leite, pode acabar ganhando a competição com o seio materno.

Em diversos programas de incentivo ao aleitamento, é preconizado que o leite seja oferecido em pequenos recipientes plásticos (copinhos) em vez da mamadeira, para que não haja confusão de bicos. Até o momento, não estamos convencidos de que o uso do copinho na lactação do bebê prematuro seja a melhor opção e, certamente, esta questão será alvo de nossas próximas pesquisas.

É bom ressaltar que muitos bebês prematuros podem apresentar atraso na coordenação de sucção, deglutição e respiração. Nesses casos a sucção não nutritiva, comprovadamente, acelera este processo. Contrariamente, com o uso do copinho, não há estímulo da sucção.

Lembremos que estamos falando de bebês prematuros, que muitas vezes já apresentam seqüelas e vivem em uma realidade onde o número de hospitais com alojamento conjunto ainda é muito pequeno. Não estaríamos, com o uso dos copinhos, atrasando seu processo de amadurecimento ainda mais?

Pensando dessa forma, a mamadeira assim como a estimulação por sucção não nutritiva parecem ser opções para os bebês prematuros, como já frisamos, em detrimento de xícaras ou copinhos. Contudo, o aleitamento misto deve dar lugar ao aleitamento materno exclusivo o mais rápido possível.

Observamos nesta pesquisa que o uso da mamadeira não parece ser o principal impedimento para o aleitamento. A presença de fonoaudiólogos em equipes de UTIN ajudará a esclarecer melhor essas informações, pesquisando uma série de fatores tratados ao longo desta reflexão.

Na nossa prática observamos que o bom relacionamento da enfermagem com as mães é muito importante. No “namoro” da mãe com o bebê prematuro, às vezes, são necessárias algumas facilitações e é a enfermeira, sempre presente, a mais indicada para fazê-las.

O papel do pediatra, no ambulatório, tornou-se preponderante ao avaliar a curva de ganho de peso do bebê. É importante que o pediatra esteja apto a compreender esse fator. Poderá, assim, orientar as mães e não simplesmente passar uma receita de leite como única saída.

Pudemos também avaliar em nossos estudos que há inúmeros fatores prejudiciais ao aleitamento materno ou ganho de peso dos bebês: fissura de mamilos; congestão mamária; condutos obstruídos; abscessos (mastite); problemas com o reflexo de ejeção do leite; ingestão de volume hídrico insuficiente pela mãe; patologias de recém-nascido, infecções (má absorção, distúrbios metabólicos e outras); posicionamento do bebê e pega da aréola; amamentação sob livre demanda com períodos prolongados entre as mamadas; uso de medicamentos (remédios), drogas ou álcool, pela mãe; experiência anterior de amamentação malsucedida; estresse da mãe por problemas familiares; falta de estabilidade familiar e outros.

Como ressaltam os profissionais do Centro de Lactação de Santos, muitas mães experimentam uma diminuição transitória em sua produção de leite. Com apoio e conselhos apropriados, viabilizarão a volta do fluxo normal, possibilitando ao bebê o ganho de peso adequado. Esse dado vem ao encontro do que observamos com algumas de nossas pesquisadas, principalmente quando a mãe reassume suas atividades, ou seja, após a “dieta” pós-parto.

As principais causas apontadas para o desmame das nossas pesquisadas foram:

GRUPO A (com acompanhamento)	GRUPO B (sem acompanhamento)
• Leite insuficiente • Leite fraco • Reinternação	• Leite insuficiente • Leite fraco • Dificuldade na pega (tamanho do mamilo e fissura) • Náuseas do bebê • Falta de ganho de peso • Reinternação do bebê • Problemas familiares

Observamos que, do grupo A (com acompanhamento), 60% das mães mantiveram aleitamento exclusivo até os prazos previstos. Desses 60% apenas uma mãe iniciou aleitamento misto antes dos 120 (cento e vinte) dias, justificando como causa a necessidade de trabalhar.

Entre as mães do grupo A, que não mantiveram aleitamento exclusivo, tivemos como justificativa a reinternação hospitalar de dois bebês, sendo que um teve como diagnóstico anemia e baixo peso. Investigando a história, a mãe referiu que ficava com “pena de acordar o bebê”. Ele pulava mamadas e assim entrou em um processo de perda de peso. Com a reinternação a mãe se desestimulou, teve medo de perder o bebê, quase não o visitava e o desmame foi inevitável, pois ela não fazia a ordenha do seio. O segundo caso, também reinternado, apresentou dificuldade de ganho de peso. A mãe de apenas 15 (quinze) anos, solteira, primigesta, apresentou-se deprimida e doente (com anemia grave), tendo recebido pouco apoio familiar. O bebê se recuperou em um curto período; mesmo assim, o pediatra optou pelo aleitamento misto, para preservá-lo, por conta da situação da mãe.

Constatamos que a pouca idade das mães pareceu dificultar a vinculação com o bebê. Uma grande parcela destes bebês é fruto de gravidez indesejada, relacionamentos casuais, famílias não constituídas, relacionamentos instáveis, onde muitas vezes quem assume o papel de cuidadora é a avó.

A mãe do grupo A, que alegou leite insuficiente, já tinha um bebê com história de prematuridade de 10 (dez) meses, na época do nascimento do segundo bebê prematuro, além de uma filha de 5 (cinco) anos. Não havia amamentado nenhum dos dois filhos anteriormente. Tinha, assim, uma experiência anterior malsucedida. Só constatou a gravidez 4 (quatro) meses antes do parto; trabalhava fora e pretendia voltar após a licença-maternidade. Por mais que a orientássemos, sua opção pelo não aleitamento já havia sido tomada. Repetia sempre as frases: “Puxa, duas vezes comigo, será que o bebê vai vingar? Tá demorando pra sair”.

Observamos ainda no grupo A (com acompanhamento) que algumas dificuldades que poderiam ser resolvidas não

o foram por falta de uma linha imediata de comunicação com as mães. Uma das mães do grupo A relatou o seguinte: “Chegou de noite e o bebê só chorava, meu marido ficou bravo porque tinha de trabalhá e não podia dormir. Disse que meu leite não sustentava. Sabe, ele não ouviu a senhora falar que não existe leite fraco. Correu na farmácia, chegou com leite em pó e mamadeira nova. Eu até falei que era normal o bebê chorá, mas a sogra falou que era fome mesmo...”.

Com esse relato depreendemos que, se houvessem profissionais de plantão para orientar dúvidas no momento em que surgem, aumentaríamos ainda mais nossos índices de aleitamento. Observamos que esse pai e essa avó também deveriam ter sido orientados.

Chamou nossa atenção, no grupo B (sem acompanhamento), o fato de nenhuma das mães conseguir ficar no aleitamento exclusivo até os 70 (setenta) dias pós-alta. Somente 40% continuavam em aleitamento misto. Entre as mães que não estavam mais no aleitamento, as causas referidas, como já vimos, foram: leite insuficiente, leite fraco, dificuldade na pega, náuseas e vômitos do bebê, falta de ganho de peso, internação do bebê e problemas familiares.

Em relação ao baixo ganho de peso, é importante que estejamos alertas, pois a curva do ganho de peso do bebê prematuro é diferente quando comparada ao bebê a termo, sinalizando atenção máxima para que seja feita por profissional experiente em prematuridade, pois alguns casos específicos demandam real necessidade de complementos alimentares.

A mãe que deu como causa da interrupção do aleitamento ao seio a dificuldade na pega, na verdade apresentou fissura do mamilo e poderia ter tido seu problema solucionado com orientação adequada. Também era uma mãe jovem, solteira e com pouco apoio familiar.

O fator “problemas familiares” apareceu na maioria dos casos de ambos os grupos, apesar de apenas uma das mães do grupo B tê-lo alegado como causador do desmame.

Do total de 20 (vinte) mães pesquisadas apenas nove declararam ter relação estável (sete casadas e duas solteiras). Somente três não estavam vivendo com os pais dos bebês.

Do total dos grupos, apenas duas mães declararam que os pais não foram comunicados do nascimento dos bebês – ambas do grupo A – que amamentaram por período superior a 70 (setenta) dias pós-alta, apesar da falta do suporte paterno.

Uma das mães do grupo B que declarou ter leite insuficiente relatou o seguinte: “o leite secou porque eu comia muita comida seca”. Na verdade, apesar de soar como crendice popular, essa fala tem fundamentação, pois a boa hidratação das mães é um dos pré-requisitos para o bom aleitamento. As náuseas e vômitos do bebê, apontados por uma das

mães, podem ter diversas interpretações. Uma delas seria a confusão de bicos, alegada por algumas correntes, como já vimos. Nesse caso, em especial, a mãe tinha como história a perda de um bebê no primeiro mês de vida. A amamentação, antes de mais nada, é um sinal de apego, e o medo de perder o segundo bebê ainda fazia parte do seu relato. As náuseas e vômitos também poderiam estar ligados ao tempo que o bebê permaneceu entubado ou a um refluxo gastroesofágico, patologia bastante comum ao bebê prematuro.

Tivemos um caso interessante e digno de nota. Uma das mães do grupo B que estava em aleitamento misto, por ocasião da sua última coleta de dados, recebeu nova orientação sobre a importância do aleitamento exclusivo. Essa mãe conseguiu reverter o quadro, mesmo após quase 100 (cem) dias de aleitamento misto (mamadeira + seio), e voltar ao aleitamento exclusivo, o que foi encorajador para o nosso programa e, inclusive, nos reportou à questão polêmica do uso da mamadeira.

Observamos que devido à falta de frequência das mães às consultas marcadas, tornou-se difícil resolver certas dificuldades. Quando as mães vinham ao Posto de Saúde, a transição para o leite de vaca ou fórmulas lácteas já havia sido feita por opção da mãe ou até de profissionais da saúde descompromissados com o incentivo ao aleitamento materno.

Comprovamos, sem dúvida, que após o trabalho de orientação o índice de aleitamento aumentou no grupo A. Contudo, causa estranheza que fatores pormenorizadamente explicados ainda sirvam como justificativa para o não aleitamento. Esse dado nos encoraja a sugerir que os trabalhos de orientação sejam iniciados ainda no pré-natal. Como já salientamos, nossas pesquisadas, na grande maioria, não receberam qualquer orientação para o aleitamento durante esse período.

Sabemos que há alterações que devem ser prevenidas durante a gestação. A dessensibilização do bico do seio da primigesta com massagens evita o aparecimento de fissuras de mamilo e altera, inclusive, o seu formato. Fatores anatômicos como mamilos planos, retraídos ou invertidos também podem ser tratados durante a gestação. Tanto as fissuras como a forma do bico vão influir diretamente em uma boa “pega” e, assim, no desmame precoce. Ambos os fatores apareceram em nossa pesquisa, como já descrevemos.

Outro fator que contribui para desestimular o aleitamento materno é o programa de distribuição de leite de vaca existente no nosso Posto de Saúde. Em teoria, só poderia receber o leite a mãe com bebê de idade superior a seis meses de vida, mas, na prática, todas as mães que alegam desmame precoce conseguem entrar para o programa de distribuição.

Muitos tabus também acabam por influir no aleitamento. Na nossa cultura a criança gorda ainda é sinônimo de criança saudável. Como o bebê prematuro tem peso inferior ao das crianças a termo, isto provoca na mãe uma necessidade de superalimentá-lo. Quando o leite é oferecido por mamadeira, a mãe enxerga o volume sendo sugado. Tem assim a satisfação visual da ingestão do leite, diferentemente do aleitamento ao seio onde o “prazer” é mais físico.

No que se refere ao prazer, há relatos de mães que se envergonham por sentir tal sensação ao amamentar e maridos (ou parceiros) que ficam enciumados em função desta relação tão estreita, o que também poderia contribuir para o desmame.

Analisando os dados construídos, depreendemos, mais uma vez, a importância da orientação ao pai desde o início da gravidez, para que ele possa entender essa relação e sentir-se parte dela, atuando na forma de agente para o êxito do aleitamento.

Observamos nas nossas pesquisadas uma preocupação importante em relação à contracepção. Enquanto muitos estudos sérios demonstram que o aleitamento materno exclusivo é um excelente contraceptivo, há dados de mães que se desestimulam, pois a pílula, para elas, deve ser de baixa dosagem.

Constatamos também que muitos dos nossos bebês prematuros têm longos períodos de sono, pela necessidade de não perder energia, e, assim, deixam de cumprir o número de mamadas adequado e perdem peso. A partir desses dados incluímos na nossa orientação oferecer o seio no máximo após três horas de intervalo no período diurno, orientando as mães a despertarem seus bebês.

Outro dado que nos fez aprofundar a reflexão na nossa metodologia refere-se ao tempo da pesquisa: 70 (setenta) dias. Consideramos, hoje, que este período é curto para avaliar o bom desempenho da amamentação. Ao contrário das nossas hipóteses, a maioria das pesquisadas não trabalhava fora e, assim, a “necessidade” de desmame ou de alimentação mista precoce, em função de trabalho profissional, foi pouco relevante.

Tentamos, também, fazer o pareamento do tempo de internação com o desmame. Era nossa suspeita que o maior período de internação estaria relacionado ao desmame precoce. Contudo, não encontramos fundamentação para esta hipótese nos nossos grupos.

Ainda hoje acompanhamos muitas de nossas pesquisadas no Ambulatório de Prematuridade e é com alegria que vemos grande parte delas chegarem aos seis meses de aleitamento exclusivo em bebês prematuros.

Percebemos as mães que mantiveram aleitamento exclusivo sentindo-se vitoriosas e demonstrando maior ligação e cumplicidade com seus bebês.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa procurou investigar a validade de um programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro.

Ficou claro que, apesar deste programa “aumentar” a prevalência do aleitamento materno exclusivo no nosso grupo de pesquisadas, há uma grande gama de fatores que podem intervir no desmame.

Apesar da nossa metodologia fixar prazos, acabamos fazendo um acompanhamento das mães, principalmente do grupo A, por pelo menos até 120 (cento e vinte) dias após a alta do berçário, e nos parece, hoje, que o acompanhamento deveria seguir até o sexto mês, período em que outros alimentos, além do leite materno, são introduzidos regularmente na dieta.

Como não contamos com alojamento conjunto em nosso serviço e a “população” do S.U.S. é predominantemente de baixa renda, percebemos que a dificuldade financeira impediu as mães de visitarem seus bebês diariamente e, também, de permanecerem durante o período de mais de uma mamada, por não poderem custear a própria alimentação.

Por dependerem de conduções, muitas mães chegavam a nossa unidade quando seu bebê havia acabado de ser alimentado e assim momentos preciosos de estimulação foram perdidos.

Idealmente, faz-se necessária a criação de um programa em que as mães possam contar com espaço físico onde estejam mais próximas de seus bebês, providas de conforto e com alimentação adequada, fornecidos pela própria Santa Casa, para estarem disponíveis maior número de vezes em um processo de aleitamento por livre demanda dos bebês.

Apesar de o uso do bico de mamadeira e de chupeta serem citados como principais agentes no desmame, observamos entre nossas pesquisadas que, com mães motivadas, o fato de seus bebês terem permanecido até mais de um mês em nossa UTIN e serem expostos ao uso de mamadeiras (sucção nutritiva) e de chupeta (sucção não nutritiva) não foi fator determinante para o desmame. O aleitamento misto deu lugar ao aleitamento exclusivo, assim que essas mães deixaram a Unidade.

Conseguimos promover, através do aleitamento, maior aproximação entre mães e bebês que, segundo seus relatos, passaram a sentir-se mais importantes para o processo de alta do bebê e para o seu desenvolvimento global.

Pensamos que os ganhos conferidos ao bebê prematuro – através do aleitamento materno – são fundamentais para que ele tenha a chance de ver suprida a grande privação sensorial passada durante o período de hospitalização.

Ao longo da pesquisa, tentando transformar nossa realidade, surgiram muitos questionamentos por parte da nossa equipe (médicos, enfermeiras, fisioterapeuta e fonoaudióloga) e, assim, fomos construindo algumas propostas:

- ☐ Melhorar a forma como a equipe se relaciona com os pais, orientando-os sempre que necessário e provendo apoio à família, nesse momento tão difícil.
- ☐ Possibilitar um suporte emocional aos pais e também à equipe, com a entrada de um psicólogo no grupo.
- ☐ Flexibilizar os horários de visita dos pais.
- ☐ Prover ajuda financeira através de passes de transporte e alimentação para que as mães possam estar mais próximas de seus bebês e presentes em mais de uma mamada diária, já que o alojamento conjunto ainda encontra entraves técnicos no nosso serviço.
- ☐ Criar um serviço de atendimento telefônico, com profissional de plantão, para atuar junto às dúvidas de amamentação das mães, disponível também para visitas domiciliares.
- ☐ Educar as gestantes de alto risco durante o pré-natal, estendendo esta orientação à fase perinatal e ao acompanhamento pós-natal, como reforço até o sexto mês de aleitamento.
- ☐ Promover programas de incentivo ao aleitamento materno à população em geral.

A fonoaudiologia hospitalar e de acompanhamento ambulatorial está começando a criar o seu “fazer”, montando rotinas e normatizando condutas.

A assistência à alimentação do prematuro e o aleitamento materno são apenas facetas do grande número de áreas nas quais a fonoaudiologia pode intervir dentro de uma UTIN, sem dúvida, melhorando a qualidade de vida desses pequenos bebês e dignificando sua atuação profissional.

Esperamos que esta despretensiosa contribuição possa instigar outros pesquisadores, aprofundando a reflexão dos dados aqui construídos, abrindo ainda mais o leque das interpretações possíveis.

ANEXO 1

ANAMNESE

Nome: _____ Data da Entrevista: _____
Data de Nascimento (mãe): _____ Idade: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Estado Civil: _____
Vive junto com o pai da criança atualmente? _____
Recebe apoio familiar? _____
Tem residência própria? _____
Já teve outros filhos? _____ Quantos? _____
Quais as idades dos seus filhos? _____
Fez pré-natal? _____
Qual o tempo entre saber que estava grávida e o parto? _____
Pretende amamentar o bebê? _____
Por quê? _____
Já amamentou? _____
Quanto tempo? _____
Por que parou? _____
Seu bico do seio é de que tipo? (pode haver o exame de mama neste momento) _____
Tipo de parto? (gestação atual) _____
Trabalhou durante a gravidez? _____
Profissão: _____
Quando volta a trabalhar? _____

ANEXO 2

ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR

Nome: _____ Data da entrevista: _____
Dias de internação do bebê: _____
Doença principal segundo a mãe: _____
Está amamentando? _____
Por quê? _____
Quantas vezes ao dia? _____
Pretende continuar amamentando? _____
Peso da alta: _____
Está com alguma dificuldade ou tem alguma dúvida sobre a amamentação: _____

ANEXO 3

ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA

Nome: _____ Data da Entrevista: _____

Está amamentando? _____

Exclusivamente? _____

Mista? _____

Tipo de complemento? _____

Por quê? _____

Quantas vezes amamenta ao dia? _____

Quantas vezes amamenta à noite? _____

Caso não esteja, quando parou? _____

Por que parou? _____

Qual é a alimentação atual? _____

Você está tendo alguma dificuldade ou tem alguma dúvida sobre amamentação? _____

■ BIBLIOGRAFIA

- ALVES, A. C. P.; TAQUES, M. A.; XAVIER, C. – Acompanhamento de crianças com história de prematuridade no ambulatório da irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. In: **Tópicos em fonoaudiologia**. S.P., Lovise, 1996. p.457-91.
- BARBOSA, T.C. & SCHNONBERGER, M.B. – Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da motricidade oral. In: **Tópicos em fonoaudiologia**. S.P. Lovise, 1996. p.435-46.
- BEREZIN, A.; RODRIGUES, F.P.M.; GALLACI, C.B.; XAVIER, C.; GUEDES, M.L.S. Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulo de sucção não nutritiva e interação mãe-RN: Avaliação do ganho ponderal. *Revista Paulista de Pediatria*, V. 11 (2): 178 – 181, S.P., 1993.
- BERNBAUM, J.C.; PEREIRA, G.R.; WATKINS, J.B.; PECKAM, G.J. – Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth maturation in premature infants. *Pediatrics*, 71 (1): 41 – 5, 1983.
- BRAZELTON, T.B. – O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre. Artes Médicas, 1988. 208p.
- CENTRO DE LACTAÇÃO DE SANTOS – Apostila pertencente ao curso de treinamento em amamentação para equipes multidisciplinares de saúde, S.P. (s/d).
- GHERPELLI, J.L. – Avaliação neurológica do recém-nascido prematuro. In: *Neurologia infantil*. 2ª. ed. RJ, Atheneu, 1989. p.38-47.
- GIUGLIANI, E.R.J. – Amamentação: como e por que promover. *J. pediatr.* (Rio J.). 1994;70 (3): 138-51.
- HERNANDEZ, A. M. – Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção em fonoaudiologia. In: *Berçário normal e de risco*. S.P., Lovise, 1996. p.43-98.
- KLAUS, M.H. & KENNEL, J.H. – Pais/Bebê: a formação do apego. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 329p.
- LAMY, Z.C. et al. – A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em U.T.I. neonatal. In: *J. pediatr.* (RJ). 1997;73 (5): 293-8.
- LAWRENCE, R.; NEIFERT, M.; SEACAT, J. – Nipple confusion: toward a formal definition. *The Journal of Pediatrics*. V.126 (6):125-9. Mosby-Year Book, Inc, 1995.
- LEONE, C.R. – Alimentação do R.N. de muito baixo peso. In: 51º. Curso Nestlé de Atualização em Pediatria. S.C., S.B.P., 1994. p.34-7.
- MADUREIRA, D.L. & XAVIER, C. – Avaliação do comportamento mãe-bebê no momento da amamentação em grupos de recém-nascidos a termo e pré-termo. In: *Temas sobre desenvolvimento*. V.4 (23): 20-9, 1995.
- MARTINS FILHO, J. – Como e porque amamentar. S.P. Sarvier, 1987. 220p.
- MEYERHOF, P.G. – Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo - Tese de Doutorado em Ciências – Psicologia Experimental - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - S.P., 1996. 208p.
- MORRIS, S.E. & KLEIN, M.D. – Pre-feeding skills - A comprehensive resource for feeding development. *Therapy Skill Builder*, Tucson, Arizona, 1987. 397p.

MURAHOVSKI, J. et al. – Cartilha de amamentação... doando amor. S.P., ALMED, 1982. 48p.

MUSOKE, R. N. — Alimentando Crianças de Baixo Peso ao Nascer. J. Gynecol. Obst. 31 (supl 1) 31-34 Kenia, 1990.

PERONDI, D.P.; QUINTO, N.L.; SOUZA, M.L.H. – A amamentação de prematuros com longa permanência em berçário e acompanhamento ambulatorial. J. pediatr. (RJ). 1987; 63 (4):179 –81.

PROENÇA, M.G. – Sistema sensório-motor oral. In: Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria. S.P., Sarvier, 1990.p.101-15.

XAVIER, C. – Atuação fonoaudiológica em berçário: aspectos teóricos e práticos da relação mãe-bebê. In: Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. S.P., Lovise, 1996. p.99-127.

XAVIER, C. – Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: Neonatologia – um convite à atuação fonoaudiológica. S.P., Lovise, 1998. p.255-275.

Endereço:

Rua das Grevíleas, 610 – Village Paineiras – Bairro do Socorro

Pindamonhangaba – SP

CEP: 12400-000. Tel.: (0XX12) 242-2752

Agradecimento: À Mirian Goldenberg pela orientação neste trabalho.