



PREMATURO: EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE AMAMENTAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PÓS-ALTA

PRETERM INFANT: MATERNAL EXPERIENCE DURING BREASTFEEDING IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT AND AFTER DISCHARGE

PREMATURO: EXPERIENCIA MATERNA DURANTE LACTANCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y DESPUÉS DEL ALTA

Leila Medeiros Melo¹, Márcia Maria Tavares Machado², Álvaro Jorge Madeiro Leite³, Karla Maria Carneiro Rolim⁴

Objetivou-se identificar as percepções e experiências maternas em relação aos cuidados com a alimentação durante o internamento do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e após a alta hospitalar. Utilizou-se a abordagem qualitativa, exploratório-descritiva a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com onze mães que deram à luz a bebês, no domicílio das mães, após a alta hospitalar, entre os meses de junho e outubro de 2009. A partir de uma análise compreensivo-interpretativa, os resultados apontaram dificuldades intersubjetivas de comunicação com os profissionais e a ocorrência do desmame precoce, com a introdução de mingaus e outros alimentos potencialmente prejudiciais à saúde do bebê prematuro. Constatou-se que as mães precisam ser acolhidas em grupos formais de aconselhamento durante e após o internamento, recebendo informações estruturadas sobre as dificuldades intrínsecas relacionadas à alimentação, para o estabelecimento de práticas de cuidado mais adequadas à saúde de seus filhos.

Descritores: Prematuro; Cuidado do Lactente; Aleitamento Materno; Assistência Domiciliar.

The objective was to identify the perceptions and experiences in relation to maternal care during hospitalization feeding of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit and after discharge. Qualitative approach, exploratory-descriptive, using semi-structured interviews, aimed to address the lived experience of eleven mothers who gave birth to their babies. The interviews were conducted in the homes of mothers, between the months of June and October 2009. Through an analysis and interpretative understanding, the results indicated difficulties inter-subjective communication with professionals and the occurrence of significant early weaning with the introduction of porridge and other foods potentially harmful to the health of preterm infants. It was clear that mothers need to be accommodated in formal advisory groups during and after hospitalization, receiving structured information about feeding practices to establish the most appropriate health care for their children.

Descriptors: Infant, Premature; Infant Care; Breast Feeding; Home Nursing.

El objetivo fue identificar las percepciones y experiencias maternas en relación a la atención con la alimentación durante internación del prematuro en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y después del alta hospitalaria. Utilizouse de enfoque cualitativo, exploratorio-descriptivo, con entrevistas semiestructuradas con once madres, en el hogar de estas, después del alta hospitalaria, entre los meses de junio y octubre de 2009. A través de un análisis de la comprensión y de interpretación, los resultados indicaron las dificultades de comunicación intersubjetiva con los profesionales y la aparición de destete precoz, la introducción de las papillas y otros alimentos a los recién nacidos prematuros. Las madres deben ser alojados en grupos consultivos durante y después de la hospitalización, recibiendo información estructurada acerca de las dificultades intrínsecas relacionadas con la alimentación, para establecer las prácticas de atención más adecuadas a la salud de sus hijos.

Descritores: Prematuro; Cuidado del Lactante; Lactancia Materna; Atención Domiciliaria.

*Extraído da Dissertação "(Con) vivendo com o bebê prematuro de muito baixo peso (<1.500g): a experiência materna durante a internação e após a alta hospitalar", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, em 2010.

¹ Fisiotherapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: draleilamelo@gmail.com

² Enfermeira. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, do Departamento de Saúde Comunitária da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: marciamachado@ufc.br

³ Médico. Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: alvaromadeiro@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Líder do Grupo Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe e Filho (UNIFOR/CNPq). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: karlarolim@unifor.br

INTRODUÇÃO

Desde a época em que, culturalmente, amamentar era a mais rotineira tarefa de uma mãe, a nutrição de uma criança prematura sempre gerou dúvidas e medos, representando um desafio àqueles que cuidam desses bebês⁽¹⁾.

No campo da saúde, a literatura evidencia que o aleitamento materno é considerado a melhor fonte de nutrição do bebê prematuro⁽²⁻⁴⁾. Tendo em vista que o leite materno produzido pela própria mãe do recém-nascido pré-termo é o que melhor atende às suas necessidades nutricionais, enquanto esse bebê permanecer na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e após a alta hospitalar, é fundamental que receba os fatores de proteção presentes neste leite, a partir da ordenha de sua própria mãe. No entanto, caso essa estratégia não seja possível, deve-se oportunizar que o prematuro receba esses fatores através de leite humano de banco de leite compatível com sua idade gestacional ou, como última opção, que o bebê seja alimentado com uma fórmula própria ao prematuro^(1,4-5).

Alguns autores⁽⁶⁻⁸⁾ demonstram que, em caminho oposto ao grande percentual ou número de reinternação (especialmente nos casos de Muito Baixo Peso ao Nascer - MBPN), a mobilização e o incentivo dos profissionais de saúde em favor da amamentação contribui para aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo, diminuindo as taxas de morbidade e de necessidade de tratamento clínico para os bebês prematuros e de baixo peso. Contudo, ainda que a amamentação seja a forma mais rica de alimentação para o bebê⁽⁹⁻¹⁰⁾ e que o leite materno seja o alimento mais adequado aos bebês, muitas pesquisas apontam baixos indicadores relacionados a essa prática em nosso meio^(1,9).

Mesmo após o estabelecimento do vínculo afetivo e da promoção da lactação dentro da UTIN, muitas das crianças pré-termo que deixam o hospital em aleitamento materno são desmamadas em tempo

inoportuno, apontando a carência de modelos intervencionistas de suporte materno e incentivo ao aleitamento natural de prematuros, apesar dos benefícios incontestes que o leite da própria mãe proporciona a essas crianças⁽⁸⁾.

Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar as percepções e vivências das mães no cuidado com a nutrição de seus filhos, durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e após a alta hospitalar, verificando as principais dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas para sua superação.

MÉTODO

Numa abordagem qualitativa, interpretativa, foi realizada esta pesquisa na própria residência do bebê, após a alta hospitalar, englobando todo o contexto social e emocional da díade mãe-filho prematuro. A tentativa de abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões levou a decidir intencionalmente⁽¹¹⁾ os sujeitos que fizeram parte do grupo de observação e comunicação direta.

No período de junho a outubro de 2009 foram realizadas entrevistas domiciliares com onze mães que tiveram bebês prematuros extremos (idade gestacional <37 semanas e peso <1.500g), que foram internados na UTIN da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza, Ceará.

O número de mães entrevistadas foi determinado pela saturação teórica. É importante destacar que o ponto de saturação teórica ou de sentido é aquele em que o observador/entrevistador percebe que não aparecerão novas surpresas ou percepções com a inclusão de novos participantes, havendo redundância de informações⁽¹²⁾.

Foi proposto, então, a refletir sobre os aspectos ontológicos, ou seja, a natureza humana que é

subjetiva, sensível, afetiva, valorativa e opinativa⁽¹¹⁾, tentando identificar as experiências e processos de significação desse contexto, acreditando que sua natureza não admitiria uma resposta numérica, com proporções, valores absolutos ou frequências de distribuição.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada⁽¹²⁾, na busca de uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações das mães no cuidado com seus filhos. Os relatos foram gravados, transcritos e lidos exaustivamente, havendo também anotações de campo sobre as características domiciliares e familiares, bem como das impressões pessoais da pesquisadora.

As mães foram encorajadas a argumentar/questionar durante a realização das entrevistas, sempre que se sentiram impelidas a isso.

Analisaram-se os achados da presente investigação sob o referencial teórico construído, de modo compreensivo/interpretativo, substanciado na Hermenêutica Heideggeriana que é caracterizada por uma abordagem interpretativa que usa as experiências vividas pelas pessoas para uma melhor compreensão do contexto social, cultural, político e histórico no qual essas experiências ocorrem, resultando na descrição de práticas compartilhadas e significados comuns. É importante salientar que, ganham destaque a interpretação e a compreensão da experiência humana, pois a investigação hermenêutica enfoca, frequentemente, o significado - como os indivíduos social e historicamente condicionados interpretam o mundo dentro de um dado contexto⁽¹¹⁾.

Conforme as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, antes de iniciar a coleta de dados, este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética da MEAC, sob o parecer de número: 020/09.

Às mães, foi assegurado sigilo sobre suas identidades e fornecido informações sobre a voluntariedade em participar do estudo e que não haveria prejuízo à assistência recebida na maternidade-escola, caso se recusassem ou desistissem de participar do estudo. As mulheres foram identificadas com a letra M, seguida do número correspondente à sequência da entrevista (Ex: M1, M2, ...M11).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das onze mulheres entrevistadas, a faixa etária estava compreendida entre 20-38 anos; a maioria (7) vivenciava a experiência da primeira gestação; uma das mulheres era analfabeta funcional, uma não concluiu o ensino superior e uma era graduada, enquanto as demais (6) tinham cursado ensino médio incompleto ou concluído o ensino fundamental (2). Duas das mães entrevistadas eram donas-de-casa e as outras estavam empregadas no comércio ou na indústria têxtil. Apenas uma das mães declarou a tentativa de um aborto da criança nascida prematuramente, ao passo que as demais referiram satisfação com a surpresa da gravidez.

Todas as entrevistadas residiam em bairros da periferia da grande Fortaleza e realizavam o pré-natal no momento em que deram à luz, sendo que quatro mulheres eram atendidas em clínicas particulares sem cobertura do parto, ao passo que oito estavam sendo atendidas nos postos de saúde do município, nas proximidades de seus domicílios.

Em decorrência de dois casos de mães com gêmeos, treze bebês compuseram o estudo; o peso de nascimento dos mesmos variou bastante, havendo desde crianças nascidas com 720g até 1.490g, sendo que oito delas tinham acima de 1.300g ao nascer, enquanto as demais não chegaram aos 1.000g. Apenas uma criança recebeu alta antes de um mês de internação (28 dias internada); o que ficou mais tempo internado vivenciou 110 dias de internação, enquanto os

demais bebês passaram entre 32-96 dias internados. Seis bebês receberam os cuidados dispensados na enfermaria Mãe-Canguru.

Partindo da caracterização da díade mãe-bebê prematuro extremo, apresenta-se a vivência materna no processo de alimentação da criança MBPN durante a internação e em domicílio, segundo as quatro categorias de análise.

Orientações recebidas sobre a alimentação do filho durante o período de hospitalização

A amamentação exclusiva é a melhor maneira de alimentar um bebê até os seis meses de vida, sendo especialmente indicada a alimentação de bebês de baixo peso ou peso insuficiente; porém, o tempo de hospitalização prolongado associado à falta de condições estruturais e/ou da ação direta da equipe de saúde, além de fatores de ordem social e cultural - o uso da chupeta e mamadeira e a influência de familiares - têm sido apontados como influências negativas ao aleitamento materno^(4,9,13-15).

Nesta investigação, todas as mães - primíparas ou não - enfrentaram, além dos anseios com os cuidados físicos, a insegurança causada pela alimentação de um bebê prematuro extremo em seus primeiros dias de vida e após a alta hospitalar. Ficou evidente, entretanto, nos discursos apreendidos, que as orientações recebidas durante o período da internação auxiliaram a puérpera nesta etapa de definição do padrão alimentar de seu bebê, especialmente quando estas informações foram demonstradas. As entrevistadas relatam que receberam apoio quanto à técnica da ordenha mamária logo após o nascimento do bebê e passaram a fazê-lo diariamente para garantir a alimentação de seu filho: *Ensinarão tudo, direitinho, a ordenhar... E só de ver as outras mães a gente termina aprendendo, tem também a vontade de dar o melhor para o bebê, e a gente vê todo mundo falando que o mais importante é mesmo o nosso leite, nem que seja pouquinho...* (M5).

Cabe aqui ressaltar que os autores, comumente, compreendem que a qualidade das orientações fornecidas às mães durante o período da internação do bebê podem determinar o seu seguimento após a alta hospitalar, especialmente em relação à amamentação do filho prematuro^(9,14-17).

Todavia, as mães que visitavam seus bebês à noite (quatro delas) não desfrutaram do mesmo serviço de orientação, nem desenvolveram amizades com outras mães e, talvez por isso, possa ter havido pouco estímulo para se manter a produção láctea durante a internação do filho. Essas mulheres não referiram, em nenhum momento, a orientação técnica que as demais receberam sobre a ordenha ou, se interrogadas a respeito, afirmavam a inexistência de tal orientação: *Nunca me orientaram nada não... Uma vez, quando eu estava lá num sábado, me levaram para essa salinha para tirar o leite, mas não tinha ninguém lá, para orientar não... A gente ficava tirando o leite, mas ninguém levava aquilo dali não (referindo-se à bomba de ordenha), que não podia, era na mão mesmo... Aí eu só tirei porque já sabia, porque depois de três, eu já sabia mesmo...* (M1).

Reforça-se, também, o pensamento de que as mulheres com bebês internados buscam compartilhar sua experiência com outras mães na mesma situação⁽¹⁷⁾ tendo em vista que, além do apoio técnico, percebe-se que a interação com outras mulheres que passavam pela mesma situação se constituiu numa influência importante neste momento de incertezas, servindo de estímulo e companhia nas idas e vindas ao banco de leite.

Em outro momento, já discorrendo sobre as orientações para o seguimento após a alta, surgiram narrativas sobre o processo de desmame dos bebês, mas as mesmas foram contraditórias; algumas mães reafirmaram diversas vezes a orientação sobre a manutenção exclusiva da amamentação ao seio, enquanto outras garantiram que a mudança do leite havia sido aprovada e até sugerida por alguns médicos. Contudo, a amamentação mista foi a orientação mais recorrente, fornecida pelos pediatras, segundo as

entrevistadas: *... ele tinha completado (um mês de vida) lá no hospital, aí ele estava só na mama, aí eu perguntei à médica se eu podia dar outro leite a ele, aí ela disse que podia dar o ..., aí eu comprei e passei um mês dando a ele ...*(M10).

Torna-se imprescindível salientar que, mesmo na impossibilidade de amamentação ao seio durante a hospitalização (com a diminuição da produção láctea), as mães de prematuros podem e devem ser orientadas quanto às técnicas de *relactação*, envolvendo desde o treinamento adequado do posicionamento do bebê ao seio, a estimulação mamilar e expressão mamária, utilização concomitante de suplemento durante a sucção, até o uso de fármacos que estimulam a lactação, tais como a metoclopramida e domperidona^(15,18).

Uso da gaze na UTIN como meio de oferta do alimento ao prematuro

Faz-se necessário, em meio à discussão sobre a alimentação do bebê prematuro extremo, observar uma prática constante nos relatos maternos. Algumas delas presenciaram seus bebês sugando uma gaze embebida em leite durante o período da internação: *... ela ficava com fome lá, eu ficava só pensando, ela está com fome, chorando... Ela era direto chupando aquela gazezinha que botava com o leite, mas ela queria era mais (leite) aí ficava só chupando (a gaze) para enganar...* (M1). *Dava um pouquinho (de leite), sabe, quando ela estava com a sonda, dava no copinho, acho que era com uma gazesinha que elas botavam e davam...* (M2). As falas maternas revelaram que a sucção na gaze foi um dos meios de estimulação e alimentação do bebê internado.

A partir de revisão temática identificaram-se poucos estudos que investigaram a pertinência desta conduta nas UTINs⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, ao passo que a prática vem sendo utilizada, com a justificativa de estimular a sucção, sem a exposição de evidências científicas. Estes autores indicam o uso da gaze embebida em soro glicosado como um auxílio à estimulação dos reflexos de sucção-deglutição-respiração, no processo de desmame da alimentação por gavagem sem, entretanto, observar

que a manipulação inadequada da gaze esterilizada pode ser um fator de risco para a contaminação. Acrescente-se que a presença de fiapos existentes na gaze pode comprometer ainda mais a estabilidade clínica do bebê, caso ocorra alguma aspiração.

Vale ressaltar que, como outras técnicas empregadas durante o período de internação, a sucção na gaze pode estar sendo reproduzida em domicílio, ainda mais porque é recorrente a queixa materna sobre a inquietação do bebê. Ao ser utilizada por profissionais de saúde durante o internamento, podem ser induzidas a perceber duas finalidades para a sua utilização: servir como medida de estimulação da sucção e também acalento à criança quando chora com fome ou com dor. Se, por ventura, esta prática for reproduzida em casa, os riscos anteriormente citados tornam-se maiores.

Rotina de alimentação do bebê após a saída da maternidade

O aleitamento misto foi percebido, em nossas entrevistas, como uma prática amplamente adotada na alimentação do bebê prematuro extremo. De forma semelhante ao encontrado nesta pesquisa, observou-se que a mãe do bebê prematuro não mantém o aleitamento exclusivo quando percebe que o filho não está saciado e/ou não está ganhando peso^(10,16).

Nesta experiência, as mães que pretendiam alimentar seus bebês exclusivamente ao seio demonstraram certa frustração com a necessidade do complemento e só o faziam em horários fixos do dia ou quando o bebê já não se satisfazia com a mama. Em contrapartida, as mulheres que deixavam a maternidade já em amamentação mista foram as mesmas que relataram o uso mais frequente da fórmula artificial na complementação da alimentação de seus filhos, bem como a antecipação do processo de desmame com a inclusão de mingaus, chás e sucos: *... o dia inteirinho eu dou assim o peito, aí eu só dou a mamadeira mesmo quando eu vejo que não tem... Tem dia que eu consigo levar, ele só toma uma; tem dia*

que são duas, tem dia que são três, quando eu estou já no limite (e sorri)... (M6) ... o X (nome do filho) estava com o umbigo estufado ... Eu estava dando a fórmula artificial a ele, no começo, aí eu acho que era por causa disso, porque depois que eu parei, diminuiu o umbigo dele; agora eu estou dando outras fórmulas artificiais (M4).

Em relação à rotina alimentar dos bebês, o que chamou mais atenção foram os parâmetros maternos para o acréscimo quantitativo da oferta alimentar. Todas as mulheres que utilizavam o complemento ou que alimentavam seus bebês somente com fórmulas artificiais dobraram ou triplicaram, rapidamente, a quantidade de leite ofertada. Referiram como justificativa o choro do bebê como um sinal de fome e, como aponta a literatura, associam a imagem do bebê gordinho (ou o ganho de peso) à segurança de um bebê saudável, o que lhes gera satisfação e autoconfiança⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O cansaço materno: justificando o uso do complemento

Muitas mães relataram a diminuição da produção láctea nos momentos de maior fadiga e estresse, recorrendo sempre à complementação com fórmulas artificiais. A maior preocupação, no caso da complementação alimentar do bebê prematuro, é que o uso de mamadeiras provoque a perda do interesse da criança em sugar o mamilo materno, assim como uma diminuição da produção láctea em decorrência de uma menor frequência e duração das mamadas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Por outro lado, a literatura tem indicado, frequentemente, as vantagens do uso do copinho na complementação alimentar de prematuros, tendo em vista que essa estratégia parece propiciar a adequada sucção ao seio, à medida que evita a confusão de bicos^(15,18-19). Contudo, nenhuma das mulheres de nossa investigação citou o uso do copo (ou sua indicação) na complementação do aleitamento ao seio após a alta hospitalar de seu filho.

Durante as entrevistas, no relato de três mães, que não amamentavam seus filhos em nenhum horário do dia, já haviam deixado a maternidade-escola sem fazê-lo, relatando a impossibilidade de estar continuamente com seus bebês durante o período da internação dos mesmos e o fracasso na tentativa de relactação, inclusive com a prescrição de fármacos para estimular a produção do leite.

Apesar dos profissionais de saúde exporem a necessidade da manutenção da amamentação e de proibirem o uso de mingaus, chás, leites e farináceos inadequados aos bebês, houve recorrência na utilização dos mesmos na alimentação dos bebês (as mães seguiam a opinião dos familiares em detrimento à argumentação do profissional). Ressalta-se que essa introdução dos alimentos foi omitida aos médicos durante as consultas. Entende-se que estas omissões tinham como objetivo evitar maiores constrangimentos diante do profissional traduzindo, ainda, a distância existente na relação entre estes atores, como revela o discurso: *... teve um dia que eu perguntei a eles se podia tomar um chá, um mingau, mas ela (a médica) disse: não, só a fórmula artificial, aí eu... (faz um olhar distante). Mas minha mãe disse que dava para mudar, e eu mudei, ela mudou (a avó cuida das crianças enquanto a mãe trabalha fora), eu nem pergunto a outra pessoa... (M4).*

Como reflexo da cultura de cada mulher, de sua situação financeira, das influências de parentes e amigos e do próprio cansaço, algumas mães assumiram estar utilizando mingaus à base de leites e farináceos mais econômicos, que aqueles recomendados à alimentação da criança prematura imaginando, ainda, que os mesmos estavam trazendo bem-estar a seus bebês, em comparação aos sugeridos pelos profissionais da saúde: *... eu comecei a dar o mingau... E deu certo ... E ele melhorou, entende, porque a gente dava leite industrializado, ele ficava se espremendo chega ficava vermelho... Para poder fazer cocô... e fazia; aí ele (aponta para o companheiro) dizia: está bom de trocar esse leite aí! Dá outro para ver qual é... Aí eu peguei e dei, para ver, e aí ele ficou normal, fazendo cocô normal... deu certo! (M10).*

É importante destacar que pesquisas sobre a saúde da criança brasileira também identificaram a introdução de alimentos em idades inoportunas e precoces, como a dieta com leite não-materno em 47% dos lactentes entre quatro e cinco meses e o uso de mingaus em 31,6% dessas crianças⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou reflexões sobre a prática alimentar oferecida aos bebês prematuros desde a internação até a alta hospitalar, quando denota o desmame muito precoce nesse grupo de crianças. Em decorrência à sua fragilidade física e à baixa imunidade, estes bebês deveriam mamar exclusivamente no peito materno após a alta hospitalar, prevenindo morbidades inerentes a esta faixa etária e, até mesmo, a mortalidade precoce.

Ao longo da análise das falas e suas significações, percebe-se que a adoção da amamentação mista foi gradativamente associada ao uso de mingaus por parte considerável das mulheres desta pesquisa e este fato não foi diagnosticado durante as consultas de seguimento.

Além do uso indiscriminado de mingaus e fórmulas lácteas, há a necessidade urgente de se descobrir os motivos da inexistência de bebês prematuros em amamentação exclusiva no momento da alta, bem como meios para facilitar a comunicação entre mães e profissionais. Observamos que o uso do mingau, foi repassado pelas mães como solução para a inquietação, o choro ou algum outro aspecto da condição física do bebê, prática aceita pela família.

Pondera-se que a realização de grupos de apoio, baseados em dinâmicas e no diálogo aberto e informal entre mães e profissionais, seria ferramenta útil à elucidação de dúvidas revelando, também, os hábitos domiciliares prejudiciais ao bebê, como o uso do mingau

ou o abandono de determinadas medicações prescritas, por exemplo.

Outro procedimento que, aparentemente, auxiliaria a amamentação desses bebês é o fortalecimento do uso do copinho na administração de complementos alimentares, inclusive após a alta, pois diminuiria o uso da mamadeira já que mesmo quando não utilizada na internação, ela passa a ser conduta rotineira no domicílio, orientada até por alguns profissionais de saúde.

Observou-se neste estudo a prática do uso de gaze para a administração do leite materno ordenhado ou fórmula infantil a bebês prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esse fato chama a atenção, pois a partir da busca da literatura nacional e internacional, não foi identificada nenhuma pesquisa com embasamento científico que pudesse sugerir essa prática, como uma técnica importante para a estimulação dos reflexos de sucção-deglutição-respiração. Essa conduta deve ser refletida e analisada com o rigor científico necessário pelos profissionais de saúde que a adotam, para evitar disseminação e risco de morbidade e mortalidade de crianças prematuras.

Levantam-se aqui questões pertinentes a todos os profissionais que lidam diariamente com o seguimento da díade mãe-bebê prematuros, após a alta hospitalar: urge repensar as habilidades de comunicação junto a essas mulheres, para superar desafios e que possam oferecer exclusivamente o leite materno ao seu filho. Neste mesmo sentido, os obstáculos na comunicação durante as consultas, precisam ser superados para que os profissionais de saúde consigam desvelar a dificuldade enfrentada na amamentação exclusiva, também, após a alta hospitalar.

Os achados, a partir da abordagem escolhida, não podem ser generalizados a todas as mulheres que têm filhos prematuros que ficam internados nas UTIs neonatais públicas. O fato das mulheres deste estudo terem aceitado participar da pesquisa, com a inserção da pesquisadora de campo em seu domicílio, já pressupõe uma maior sensibilidade diante do cuidado do filho e uma percepção mais crítica dos serviços de saúde.

Fica uma recomendação aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica à saúde para a necessidade de um seguimento rotineiro no domicílio de mães com crianças com muito baixo peso ao nascer, após a alta hospitalar, buscando apoiá-las e oferecer suporte para a amamentação exclusiva. Estudos de seguimento aos prematuros devem ser estimulados, para que se possa ampliar o panorama de como estão sendo cuidadas e alimentadas essas crianças que conseguiram sobreviver, mesmo com muito baixo peso ao nascer.

AGRADECIMENTOS

À equipe da UTIN da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e as mulheres que participaram do nosso estudo. A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento da bolsa de estudo da autora principal, durante o seu mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro PM, Machado, MMT, Lindsay AC, Silva, AVS. Prevalência de aleitamento materno em mulheres egressas de um Hospital amigo da Criança em Quixadá, Ceará. *Rev Rene*. 2010; 11(2):94-102.
2. Alves AML, Silva EHAA, Oliveira AC. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; 12(1):23-8.

3. Guimarães GP, Monticelli M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(4):626-35.
4. Meier PP, Engstrom JL, Patel AL, Jegier BJ, Bruns NE. Improving the use of human milk during and after the NICU stay. *Clin Perinatol*. 2010; 37(1):217-45.
5. Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo*. 2003; 58(1):49-60.
6. Camelo Júnior JS, Martinez FE. Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. *J Pediatr*. 2005; 81(1supl):33-42.
7. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev Nutr*. 2008; 21(3):293-302.
8. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3):422-8.
9. Meerlo-Habing ZE, Kosters-Boes EA, Klip H, Brand PL. Early discharge with tube feeding at home for preterm infants is associated with longer duration of breast feeding. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2009; 94(4):294-7.
10. Santoro Junior W, Martinez FE. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr*. 2007; 83(6):541-6.
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

12. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2008. p.64-89.
13. Lima VP, Melo AM. Uso do copinho no alojamento canguru. Rev CEFAC. 2008; 10(1):126-33.
14. Souza NL, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa ÍC, Cruz-Enders B, Carvalho JBL, Silva MLC. Vivência materna domiciliar com recém-nascido prematuro. Rev Saúde Pública. 2010; 12(3):356-67.
15. Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. Rev Bras Saude Matern Infant 2008; 8(2):163-9.
16. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):669-75.
17. Simioni AS, Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5):545-51.
18. Mariano GJS. Relactação: identificação de práticas bem sucedidas. Rev Enf Ref. 2011; 3(3):163-70.
19. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. Rev CEFAC. 2012; 14(1):176-81.
20. Segall-Corrêa AM, Marín-León L. Amamentação e alimentação. In: Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher/PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 242-51.

Recebido: 19/09/2012

Aceito: 14/02/2013