

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ARLENE GONÇALVES DOS SANTOS

O ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE TARDIA

**Porto Alegre
2014**

ARLENE GONÇALVES DOS SANTOS

O ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE TARDIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lilian Cordova do Espírito Santo

**Porto Alegre
2014**

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Arlene Gonçalves dos
O aleitamento materno na prematuridade tardia /
Arlene Gonçalves dos Santos. -- 2014.
70 f.

Orientadora: Lilian Cordova do Espírito Santo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Aleitamento materno. 2. Desmame. 3. Prematuro.
4. Saúde pública. I. Espírito Santo, Lilian Cordova
do, orient. II. Título.

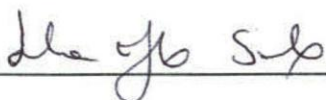
ARLENE GONÇALVES DOS SANTOS

O Aleitamento Materno na Prematuridade Tardia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de agosto de 2014

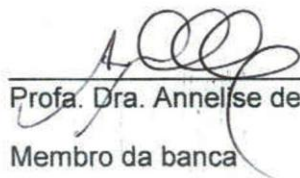
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lillian Cordova do Espírito Santo

Presidente da Banca – Orientadora

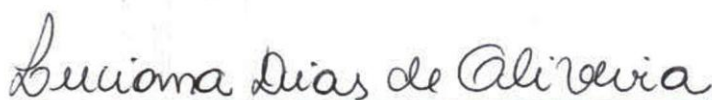
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Anelise de Carvalho Gonçalves

Membro da banca

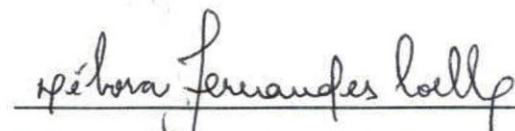
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciana Dias de Oliveira

Membro da banca

FAMED/UFRGS



Profa. Dra. Debora Fernandes Coelho

Membro da banca

UFCSPA

Dedico esta dissertação a todos os usuários do Sistema de Saúde do Brasil que procuraram atendimento de saúde qualificado e resolutivo e encontram uma assistência contrária às suas expectativas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dr^a. Lilian Cordova do Espírito Santo pelo apoio, paciência e orientação essenciais para a realização deste estudo;

À professora Ana Bonilha pelo apoio fundamental para o desenvolvimento do presente estudo.

À Banca pelo aceite imediato (mesmo em período de férias) e pelo acolhimento desde o primeiro contato.

À professora Magaly Ferrari e ao meu grande amigo e professor, Heraldo Gomes, pelo carinho e pelo incentivo incondicional.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS pelo seu acolhimento e indiscutível qualidade.

À professora Maria da Graça Motta por sua competência e o seu exemplo profissional.

Às colegas da pesquisa, parceria fundamental que serviu de base para a pesquisa.

Às minhas colegas enfermeiras do 10ºSul pelas trocas de plantão, trocas de turno e coberturas na unidade para que eu pudesse concluir os créditos do programa e desenvolver esta dissertação.

À amiga e enfermeira, Maria Carolina Witkowski, pelo incentivo e parceria impagáveis.

Às mães e aos prematuros tardios, participantes desta pesquisa, por permitirem acompanhar os bebês durante os primeiros seis meses de vida, tornando este estudo real.

À minha filha, Amanda, e ao meu amor, Guilherme Mazzali, pelo incentivo, apoio e amor incondicional;

Aos meus pais, Carlos e June, e aos queridos Nelson e Ivete por toda a ajuda e por terem cuidados comigo e com a minha família.

A Deus pela proteção e pelo cuidado e por disponibilizar oportunidades únicas em minha vida.

Muito obrigada!

[...] Sonhar é dar à vida nova cor,
Dar gosto bom às lágrimas de dor.
O sol pode apagar-se, o mar perder a voz,
Mas nunca morre um sonho bom dentro de nós.
(Mário Lago)

RESUMO

SANTOS, Arlene Gonçalves dos. **O aleitamento materno na prematuridade tardia**. 2014. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

Os recém-nascidos prematuros tardios, bebês com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e seis dias, compõem o subgrupo de maior representatividade entre os prematuros. Anualmente, nascem cerca de 280 mil prematuros no Brasil, sendo a prematuridade responsável por quase 30% das mortes neonatais. Embora o aleitamento materno seja reconhecido como o alimento ideal para a criança pequena, especialmente para os prematuros, estudos brasileiros constataam que poucos são os bebês prematuros que recebem exclusivamente leite materno desde os primeiros dias de vida. As taxas de aleitamento materno desses bebês são mais baixas do que as taxas de amamentação dos bebês nascidos a termo. O presente estudo objetivou conhecer o cuidado leigo e profissional no aleitamento materno de prematuros tardios até o sexto mês de vida, a partir do relato das mães. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, cuja coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2011 a dezembro de 2012, nos domicílios dos participantes, moradores das regiões atendidas por três unidades de Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Porto Alegre, RS. Participaram do estudo 13 informantes, mães de bebês prematuros tardios. Os dados do estudo foram analisados sob o referencial de análise etnográfica adaptada por Douglas et al., e realizada em quatro fases. Da análise emergiram dois temas: “Ajuda não direcionada às peculiaridades da dupla mãe-bebê” e “A família como referência no aleitamento materno”. A partir dos relatos constatou-se que os profissionais não valorizam os aspectos peculiares da prematuridade tardia, nem as dificuldades da amamentação inerentes ao momento vivenciado, sendo o prematuro tardio invisível para o profissional de saúde. Nos hospitais existe falta de estrutura física adequada para a promoção e o apoio à amamentação. As rotinas e normas hospitalares, como a separação da díade mãe-bebê e a facilidade de oferta de leite suplementar, podem interferir na amamentação. O prematuro tardio necessita de atenção profissional diferenciada e de cuidados após a alta hospitalar, o que nem sempre ocorre de maneira eficaz e com foco nas necessidades específicas da criança. Nesse sentido, constatou-se a falta de preparo profissional para cuidar do prematuro e de sua mãe. A lacuna referente ao cuidado profissional ineficaz ou inadequado é preenchida pelo apoio familiar e social. Os cuidados leigos e profissionais pesquisados incentivam, muitas vezes, o desmame precoce, o que significa uma perda tanto para o bebê quanto para a mãe. Percebe-se, nesse contexto, que é muito importante que o profissional de saúde seja bem preparado para atender a mãe com empatia e acolhimento, respeitar a individualidade de cada díade mãe-bebê, considerar o seu contexto familiar e social, e promover, proteger e apoiar a amamentação dos bebês.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Desmame. Prematuro. Saúde pública.

ABSTRACT

SANTOS, Arlene Gonçalves dos. **Late pre term babies breastfeeding**. 2014. 70 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

The late preterm newborns, babies with a gestational age between 34 and 36 weeks and six days, make up the largest subgroup among premature babies. Annually, about 280,000 babies are born premature in Brazil, and prematurity accounts for almost 30% of neonatal deaths. Although breastfeeding is recognized as the ideal food for young children, especially for premature babies, Brazilian studies show that few premature babies are exclusively breastfed since the first days of life. The breastfeeding rates of these babies are lower than those of babies born at term. The present study investigated lay and professional care on breastfeeding of late preterm babies up to six months of life, as reported by their mothers. This is an exploratory, qualitative study, which data collection occurred from November 2011 to December 2012, at the homes of the participants — residents of regions served by three units of the Family Health Strategy, in the city of Porto Alegre, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Thirteen informants participated in the study, mothers of late preterm infants. Data were analyzed under the framework of the ethnographic analysis adapted by Douglas et al., and carried out in four phases. From the analysis, two themes emerged: "Non-directed help to the peculiarities of the mother-baby dyad" and "The Family as a reference in breastfeeding". Based on the reports it has been found that professionals do not value the unique aspects of late preterm birth, nor breastfeeding difficulties, inherent in the experienced moment, being the late preterm infant invisible to the health care professional. In the hospitals there is lack of adequate physical infrastructure to promote and support breastfeeding. Hospital routines and norms, such as the separation of the mother-infant dyad and the easy access to supplemental milk, can interfere with breastfeeding. The late preterm baby needs special professional attention and appropriate care after discharge, which does not always happen effectively and with focus on the specific needs of the child. In this sense, it has been observed a lack of professional preparation to care for the preterm baby and their mother. The gap concerning ineffective or inappropriate professional care is filled in by family and social support. Both the lay and professional care researched often encouraged early weaning, which means a loss for both the baby and the mother. It is clear, in this context, that it is very important that the health professional be well prepared to welcome the mother with empathy, respect the individuality of each mother-infant dyad, consider their family and social context, and to promote, protect and support the babies' breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Weaning. Infant, premature. Public health.

RESUMEN

SANTOS, Arlene Gonçalves dos. **La lactancia materna en nacimientos prematuros tardíos**. 2014. 70 f. Tesina (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

Los bebés prematuros tardíos, bebés con una edad gestacional entre 34 y 36 semanas y seis días, constituyen el mayor subgrupo de representación entre prematura. Cada año, alrededor de 280 000 son nacidos prematuros en Brasil, la prematuridad representa casi el 30% de las muertes neonatales. Aunque la lactancia materna es reconocido como el alimento ideal para los niños pequeños, especialmente para los bebés prematuros, pocos estudios brasileños descubren que los bebés prematuros son amamantados exclusivamente a partir de los primeros días de vida. Las tasas de los bebés la lactancia materna son más bajas que las tasas de lactancia materna de los bebés nacidos a término. El presente estudio investigó el laico y el cuidado profesional de la lactancia materna prematuro tardío hasta los seis meses de vida, desde el discurso de las madres. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio tipo, que la recogida de datos se produjo a partir de noviembre 2011 a diciembre 2012, en las casas de los participantes, los residentes de las regiones atendidas por tres unidades de la Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de Porto Alegre, RS. 13 informantes participaron en el estudio, las madres de los bebés prematuros tardíos. Los datos del estudio fueron analizados en el marco del análisis etnográfico adaptado por Douglas et al., Y llevado a cabo en cuatro fases. Análisis, dos temas surgieron: "La ayuda no dirigida a las peculiaridades de la madre-bebé" y "La Familia como una referencia en la lactancia materna" De los informes se encontró que los profesionales no valoran los aspectos únicos de nacimiento prematuro tardío, ni. las dificultades inherentes a la lactancia materna en el momento vivido, siendo prematuros tardíos invisible para el profesional de la salud. en los hospitales hay falta de infraestructura física adecuada para promover y apoyar la lactancia materna. las rutinas y las normas del hospital, tales como la separación de la díada madre-hijo y la facilidad de suministro de leche suplementaria puede interferir con la lactancia materna. pretérmino tardío diferenciado necesita atención profesional y atención después del alta, lo que no siempre ocurre de manera eficaz y centrado en las necesidades específicas del niño. en este sentido, tomó nota de la falta de preparación profesional para el cuidado de los prematuros y de su madre. la brecha relativa a su profesional de la ineficaz o inapropiada es llenado por el apoyo familiar y social. Los laicos y profesionales encuestados de cuidado de crianza, a menudo, el destete precoz, lo que significa una pérdida, tanto para el bebé y la madre. Es evidente, en este contexto, es muy importante que el profesional de la salud está bien preparado para recibir a su madre con la empatía y la aceptación, el respeto a la individualidad de cada díada madre-hijo, tenga en cuenta su contexto familiar y social, y para promover, proteger y apoyar a los bebés que amamantan.

Palabras clave: Lactancia materna. Destete. Prematuro. Salud pública.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégias de Saúde da Família
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
OMS	Organização Mundial da Saúde
RNPTT	Recém-Nascido Pré-Termo Tardio
RN	Recém-Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	20
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	METODOLOGIA	21
3.1	DELINEAMENTO	21
3.2	CAMPO DE ESTUDO	21
3.3	INFORMANTES DO ESTUDO	22
3.4	COLETA DE DADOS	23
3.5	ANÁLISE DE DADOS	24
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
4	DISCUSSÃO DOS TEMAS E FORMULAÇÕES TEÓRICAS	26
4.1	AJUDA NÃO DIRECIONADA ÀS PECULIARIDADES DA DUPLA MÃE-BEBÊ	26
4.1.1	Início e Estabelecimento Tardio da Amamentação no Hospital	27
4.1.2	Fragilidades nas Demandas do RNPTT e sua Mãe na Amamentação	30
4.1.3	Falta de Acolhimento Profissional	32
4.1.4	Despreparo do Profissional	35
4.1.5	Déficit de Orientação e Acompanhamento Profissional na Amamentação	36
4.2	A FAMÍLIA COMO REFERÊNCIA NO ALEITAMENTO MATERNO	40
4.2.1	Apoio Familiar e Crença Sobre Alimentação do Bebê	40
5	FORMULAÇÕES TEÓRICAS: A MÃE, A FAMÍLIA, A REDE SOCIAL E O PROFISSIONAL NA PROMOÇÃO E ESTÍMULO AO ALEITAMENTO MATERNO	51
6	CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	55
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
	APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista	67
	APÊNDICE C – Ficha de Coleta de Dados	68
	ANEXO A – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ)	69
	ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre	70

1 INTRODUÇÃO

A criança que nasce antes do tempo previsto tem sido tema de muitos estudos no Brasil e no mundo¹⁻³. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a prematuridade conforme a idade gestacional, considerando prematuros extremos os bebês nascidos com menos de 28 semanas de idade gestacional; muito prematuros, os recém-nascidos (RN) entre 28 e 32 semanas gestacionais; e moderados a prematuros tardios, os bebês entre 32 a 37 semanas gestacionais. O termo Recém-Nascido Pré-Termo Tardio (RNPTT) engloba os RN entre 34 e 36 semanas e seis dias⁴.

No mundo, em 2010, nasceram 15 milhões de bebês prematuros e mais de um milhão deles foram a óbito. O Brasil ocupa o décimo lugar no mundo, no que se refere ao quantitativo de partos prematuros, sendo 279 mil ocorrências anuais⁴. Atualmente, a estimativa global é de que 13 milhões de bebês nascerão antes de completarem 37 semanas de idade gestacional. Em populações de média e baixa renda, a taxa de nascimentos pré-termo é ainda maior, especialmente nas Américas⁵.

Nos Estados Unidos, em 2003, a taxa de prematuridade atingiu 12,3% dos nascimentos. Em comparação à década anterior, essa taxa indica um aumento de 31% desses nascimentos⁶. Uma pesquisa, no Brasil, mostrou que a prematuridade vem aumentando, e as taxas de ocorrência de nascimentos de prematuros chegou a 9,2%⁴. Nas regiões Sul e Sudeste houve aumento nessas taxas, e, de 1978 a 2004, a variação foi de 3,4% a 15%. Em Pelotas/RS foi realizado um estudo de coorte, no qual se constatou que a taxa de nascimentos pré-termo sofreu aumento superior a 130% no período de 1982 a 2004⁷. Em Porto Alegre, a taxa de prematuridade sofre aumento anual⁸.

A prematuridade é a principal causa de reinternações hospitalares. Bebês prematuros têm dificuldade de manter a temperatura corporal adequada⁹. Além disso, crianças que nascem prematuramente têm taxas mais altas de paralisia cerebral, déficits sensoriais, dificuldades de aprendizagem e doenças respiratórias, em comparação com os bebês nascidos a termo¹⁰.

Sabe-se que a prematuridade tem relação direta com os índices de mortalidade infantil, e os nascimentos prematuros são, também, a causa direta de morte neonatal, responsáveis por cerca de 27% dessas mortes. No mundo, mais de 1 milhão de RN morrem atualmente⁵, portanto, as altas taxas de mortalidade infantil são preocupação mundial, o que se reflete nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos pela

Organização das Nações Unidas (ONU)¹¹, a serem atingidos até 2015, um dos quais é a redução da mortalidade infantil, que foi atingido pelo Brasil antes do prazo previsto.

Em virtude do avanço científico e tecnológico os coeficientes de mortalidade infantil, no Brasil, sofreram um decréscimo acentuado^{4,12}. A taxa anual de decréscimo foi de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990, e a maior diminuição da mortalidade, considerando-se causas específicas, foi relacionada a infecções respiratórias e diarreia, com reduções em 82% e 92%, respectivamente, entre 1990 e 2007. No mesmo período, a taxa de mortalidade por malformações congênitas manteve-se estável, e a mortalidade por causas perinatais reduziu-se à metade (47%)¹³.

Entre 2000 e 2010 a taxa de mortalidade infantil brasileira caiu 58,4%, e as mortes neonatais representaram 68% das mortes infantis em 2008. Anualmente, entre 2000 e 2008, a mortalidade neonatal regrediu 3,2%, sendo menos expressiva do que a redução da mortalidade pós-neonatal que foi de 8,1% no mesmo período¹³. Em 2010, 69% desta taxa era representada por óbitos neonatais e, no Rio Grande do Sul, 67% das mortes de menores de 12 meses era de mortes neonatais¹⁴.

As taxas de RNPTT aumentaram em função das transformações demográficas, da prática de reprodução assistida e, conseqüentemente, do aumento na incidência de gestações múltiplas, gestações de mulheres com idade superior a 40 anos, gestações na adolescência e mudanças nas práticas obstétricas¹⁵. Destaca-se, também, que os RNPTT compõem o subgrupo de maior representatividade na prematuridade e se assemelham muito aos RN a termo, incluindo o seu peso ao nascer, que pode variar de 1.385g a 3.380g¹⁶⁻¹⁷.

Embora os RNPTT sejam reconhecidos como crianças nascidas próximas do termo^{6,18}, os cuidados que eles necessitam não são os mesmos que os bebês a termo, pois são imaturos, fisiológica e metabolicamente, o que prejudica o seu desenvolvimento e aumenta a morbidade. Também demandam maior atenção e cuidados¹⁵, em especial em relação ao seu desenvolvimento neuromotor¹⁹.

Esses bebês estão sujeitos a maior risco de infecções respiratórias no primeiro ano de vida; complicações oculares, associadas ao uso de oxigenioterapia; enterocolites necrosantes, devido à introdução tardia de leite materno (LM); pressão arterial elevada na infância; gastroenterites; diabetes; alterações fonoaudiológicas; e desordens relacionadas ao desenvolvimento, entre outras²⁰⁻²¹. Além disso, podem ter dificuldade de sucção, períodos grandes de sonolência, hipotermia, hipoglicemia, icterícia, problemas alimentares, infecções e desidratação^{6,15,22}. Um estudo de coorte populacional, realizado no Rio Grande do Sul, mostrou que os RNPTT crescem mais rápido que os RN a termo, nos primeiros dois anos de

vida. Contudo, têm duas a três vezes mais risco de falha no crescimento (peso e estatura), além de pertencerem a um grupo de maior risco de doenças crônicas futuras²³.

O acompanhamento pré-natal de qualidade é fundamental para se identificar a gestante de risco, evitando complicações que possam favorecer nascimentos prematuros. Os nascimentos de RNPTT acontecem por ruptura precoce de membranas ou causas idiopáticas em, aproximadamente, 80% dos casos. As complicações obstétricas são responsáveis por 20% dos casos¹⁸.

Muitas ações de saúde direcionadas ao RNPTT estão concentradas no nível terciário de atenção à saúde e, em decorrência, observa-se um quadro de redução da morbidade e mortalidade perinatal, porém, com aumento da incidência de partos prematuros. O atendimento primário e secundário precisa avançar, a exemplo das estratégias utilizadas para a solução dos problemas de saúde de alta complexidade, com o fortalecimento de ações voltadas para a prevenção e a identificação precoce das doenças ligadas à prematuridade^{6,24}.

Quanto à alimentação desses bebês, a OMS recomenda a prática de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida, e o aleitamento materno complementado até o infante completar dois anos de vida ou mais. O LM é econômico e ajuda no combate à desnutrição e à mortalidade infantil por enfermidades comuns da infância, como diarreia e pneumonia²⁵⁻²⁷.

As vantagens do aleitamento materno (AM) têm sido amplamente divulgadas e documentadas na literatura. A amamentação é natural, segura e completa para a nutrição e o suporte emocional do lactente, além de contribuir para fortalecer o vínculo mãe-bebê. O LM é importante alimento para o bom crescimento e o desenvolvimento dos bebês²⁸⁻²⁹; é essencial para a promoção e a proteção da saúde do lactente³⁰ e contribui para a redução dos índices de morbimortalidade neonatal e infantil; previne infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias e tem efeito protetor contra as alergias específicas a proteínas do leite de vaca, além de auxiliar os bebês a se adaptarem aos outros alimentos. No longo prazo, previne diabetes e linfomas³¹⁻³².

São muitas as vantagens do LM para os prematuros; ele é fundamental, pois atende as necessidades nutricionais do RN, de acordo com sua idade gestacional. Quando o bebê prematuro recebe o leite da própria mãe, além de receber os elementos adequados à sua nutrição, crescimento e desenvolvimento, recebe imunidade. Seus nutrientes são facilmente digeridos e absorvidos³³. O AM traz outros benefícios ao prematuro — maiores índices de inteligência e de acuidade visual; maior proteção contra infecções, flatulência, diarreia ou constipação; diminui o risco de falência respiratória, apneia, displasia broncopulmonar e

obesidade³⁴, favorece melhor mobilidade, tonicidade e postura dos órgãos fonoarticulatórios devido ao esforço para extrair o leite da mama; promove satisfação oral máxima ao RN; além de possibilitar estímulos táteis, visuais e auditivos, base para os desenvolvimentos emocional, perceptivo, motor, cognitivo e físico³².

A oferta do LM na prematuridade diminui o tempo de internação hospitalar, reduz a incidência de doenças respiratórias, sepsé neonatal, retinopatia da prematuridade e enterocolite necrotizante^{33,35}. Acrescente-se a isso o fato de que o LM já vem pronto, está disponível e é econômico, pois dispensa a compra de fórmulas lácteas e recipientes — a mamadeira³³.

Enfatiza-se, ainda, que o AM promove o amadurecimento dos sistemas gástrico e intestinal dos RNPTT que possuem motilidade e esvaziamento gástrico mais lentos, imaturidade da função motora intestinal, respiração imatura e sucção débil, entre outras alterações clínicas importantes³⁶. A sucção, a respiração e a deglutição corretas são estimuladas na amamentação, promovendo movimentos adequados da musculatura oral que estimulam o desenvolvimento crâniofacial³⁷.

As vantagens da amamentação não são restritas ao bebê. A mãe também se beneficia dela, pois a amamentação propicia a contração do útero e associa-se a menor probabilidade de ter câncer de mama e de ovário, posterga uma nova gravidez e promove a perda de peso materno²³.

Nos casos de hospitalização do filho, o ato de amamentar fortalece o papel da mãe no cuidado com a criança³⁸. O contato da mãe com o recém-nascido deve iniciar o mais precocemente possível, de preferência já em sala de parto. Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a primeira visita materna deve acontecer o mais breve possível³⁹. Durante a internação hospitalar, a mãe e os familiares devem ser incluídos nos cuidados à criança, incentivando o vínculo familiar e parental com o bebê⁴⁰.

Nos últimos anos, os padrões de amamentação melhoraram consideravelmente no Brasil. Nos anos de 1974-75, a duração mediana da amamentação era de 2,5 meses. Em 1990, esse indicador passou para 5,5 meses e para 7 meses em 1996; em 2006, a mediana de AM era de 14 meses. A prevalência de AME em menores de quatro meses foi de 3,6%, em 1986, e de 48,1%, em 2006¹³.

Entretanto, constata-se que as taxas de prevalência de AME, no Brasil, ainda são muito baixas⁴¹. A segunda Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF) analisou a alimentação de 34.366 crianças menores de um ano que participaram da segunda fase da campanha de multivacinação (2008), em todas as

capitais brasileiras e DF. Nas capitais brasileiras e DF, a prevalência do AME, em menores de seis meses foi de 41,0%. A variação desse indicador esteve longe de ser homogênea, variando de 27,1%, em Cuiabá/MT, a 56,1%, em Belém/PA. Porto Alegre foi uma das capitais brasileiras que apresentou prevalência de AME em crianças menores de seis meses mais baixa do que a média nacional, de 38,2%; em Curitiba/PR, foi de 46,1%; e, em Florianópolis/SC, de 52,4%. Houve aumento da mediana da duração do AM em âmbito nacional. Em 1999, a mediana de AM era de 295,9 dias e, em 2008, passou para 341,59 dias. Porto Alegre tem a terceira menor mediana do país, de 299,34 dias⁴².

A baixa prevalência de AME pode estar associada a pouca ênfase dada à alimentação do bebê durante o acompanhamento pré-natal. Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro - RJ mostrou que o suporte teórico, recebido pelas gestantes para amamentar durante o acompanhamento pré-natal está diretamente ligado à satisfação de se sentirem apoiadas para realizar essa ação. O estudo recomenda que as orientações sobre AM sejam incluídas no cuidado pré-natal⁴³.

Um estudo desenvolvido, em 2002, em maternidades públicas de São Paulo - SP, constatou que muitos hospitais adotavam práticas que pouco valorizavam a amamentação: uso de suplementos e alimentos pré-lácteos, separação desnecessária do binômio mãe-bebê, normas e rotinas de restrição à frequência e tempo de duração das mamadas. Mais de 1/3 dos hospitais privados e mais de 1/4 dos hospitais públicos não cumpriam os passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)⁴⁴.

O início e o estabelecimento tardio da amamentação certamente interferem nas taxas de AME e AM. Os RNPTT podem apresentar perda de peso importante, e as mamadas no peito devem ser estimuladas por profissionais preparados e envolvidos³⁶. A prática hospitalar e a ansiedade do profissional para que o RN esteja com o peso ideal podem levar à oferta precoce de outros leites.

A mãe de um bebê prematuro enfrenta, no ambiente hospitalar, situações de estresse diferentes das mães de RN a termo. Na prematuridade, o bebê é pequeno, com baixo peso, e pode necessitar de suporte profissional em terapia intensiva. Esse RN poderá ter dificuldades com a amamentação, precisando ser mantido em contato pele a pele com a mãe e iniciar precocemente a sucção da mama. Portanto, o apoio e o auxílio profissional são fundamentais para que a amamentação se torne efetiva⁴⁵.

Estudos têm mostrado que as mães dos bebês pré-termo necessitam de apoio constante e intensivo desde o nascimento do bebê. Em uma pesquisa realizada em Ribeirão

Preto/SP, foi constatado que somente 28,4% dos prematuros estavam em AME na alta hospitalar; 48,3% recebiam LM e outros leites, e 23,3% não recebiam LM⁴³.

Hipoglicemia, instabilidade térmica e icterícia são estados clínicos comuns na prematuridade tardia, causadores da diminuição da excitação e posterior fadiga precoce, levando o bebê a ter dificuldade para sugar a mama da mãe, retirando menor volume de leite nas mamadas, com consequente diminuição da produção de leite. Isso leva o recém-nascido a um estado de desinteresse e sonolência⁴⁶.

Destaca-se, também, que, durante as mamadas, é necessário vigiar o padrão respiratório do RNPTT por causa do risco de aumento da frequência respiratória, que pode causar apneia, queda de oximetria de pulso, bradicardia, coordenação de deglutição comprometida, aspiração de leite e fadiga. É importante a avaliação do estado clínico do bebê e do seu padrão de sucção que, se comprometidos, podem dificultar o posicionamento correto do bebê na mama, causar engasgos, reflexo de tosse deficiente e perda de LM durante a sucção. Inicialmente, o RNPTT pode perder o interesse pela alimentação, com consequente descontinuidade do AM, o que causa insegurança materna e dúvidas quanto a manter a oferta do seu leite ao filho que não está aumentando o peso⁴⁶.

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1989, publicaram os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, com o objetivo de aumentar as taxas de AME⁴⁷:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do LM, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sobre livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupo de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Estratégias hospitalares têm sido implementadas com o objetivo de valorizar o AM de prematuros nas unidades neonatais, entre as quais: o Método Canguru, que propõe ações de intervenção centradas no crescimento do prematuro de baixo peso, promovendo o AM por meio do contato pele a pele (posição Canguru), o que favorece a produção de LM e o vínculo afetivo da díade mãe-bebê⁴⁸.

Da mesma forma, os Bancos de Leite Humano (BLH) são centros especializados que têm o objetivo de promover e incentivar o AM, a de coleta de LM, o processamento e o controle de qualidade do colostro, do leite de transição e do leite maduro para depois distribuí-lo aos lactentes⁴⁹. O BLH é uma estratégia que promove a oferta de LM (ou de leite humano pasteurizado), considerando-se as especificidades de prematuridade do recém-nascido que não consegue sugar o peito até a sua maturidade e a sua estabilidade clínica. Nessas situações, o BLH permite que as mães participem ativamente no processo de lactação, favorecendo, portanto, a continuidade da amamentação⁵⁰.

A amamentação não é apenas instintiva e o seu sucesso também está associado a um processo de conhecimento e de educação. No domicílio, a puérpera encontra algumas dificuldades na manutenção da amamentação que podem interferir no sucesso do AM: as características e as atitudes da mãe, ao amamentar, e as suas condições, por exemplo, a falta de experiência prévia, a presença de fissura mamilar e o não amamentar em livre demanda¹⁶.

Por sua vez, mãe que trabalha fora do lar ela enfrenta uma série de obstáculos para a manutenção do AM. Exercer atividade informal ou empregatícia fora de casa está diretamente relacionado ao desmame precoce¹⁶. O trabalho materno pode ser um catalisador do desmame, principalmente quando não há licença maternidade, além da ausência de creche ou da falta de condições para que a mãe amamente durante o trabalho⁵¹.

A Rede Amamenta e Alimenta Brasil é uma proposta do País para a promoção do AM e da alimentação saudável na atenção básica. Essa estratégia, lançada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2012, está em fase de implantação, e pretende promover, proteger e apoiar a amamentação e a alimentação saudável em crianças menores de dois anos de idade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal iniciativa integra duas ações importantes do MS: a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e a Rede Amamenta Brasil, que se uniram visando a fortalecer a formação de recursos humanos na atenção básica ao bebê⁴².

Existem muitas formas de promover o AM, e todas as categorias profissionais desempenham papel importante para que isso ocorra. As atividades educativas incluem os profissionais de saúde, os administradores de estabelecimentos de saúde, os trabalhadores da rede de ensino e as gestantes⁵², formando, por conseguinte, uma rede de apoio institucional e social.

É notório que o RNPTT e a sua família necessitam de continuidade do cuidado após a alta hospitalar, entretanto, essa assistência baseia-se na rede de atenção em saúde à criança

brasileira cujo contexto possui algumas fragilidades, principalmente, em relação ao apoio social⁵³.

Na gestação e no nascimento de um novo membro em uma família, o cuidado do profissional de saúde deve transcender a perspectiva do cuidado centrado na visão biomédica. É preciso buscar a interação e o conhecimento do contexto sociocultural do ser cuidado, respeitando-se suas crenças, seus valores e sua cultura familiar³⁹. O cuidado à saúde é constituído por dois componentes: o sistema de cuidados profissionais e o sistema de cuidado tradicional ou genérico, desenvolvido por cuidadores leigos. Ambos os componentes incluem aspectos culturais, definindo-se cultura como o conjunto de comportamentos, crenças e outros valores morais e materiais característicos de uma sociedade⁵⁴.

Assim, a autora, na condição de enfermeira assistencial na área de pediatria, procurou conhecer de que forma acontece o cuidado profissional e leigo na prematuridade tardia referente ao AM, no intuito de refletir sobre as formas do próprio cuidar, questionando a efetividade de suas ações de saúde. Dessa forma, acredita que problematizar o cuidado exercido, estudando as ações relacionadas à educação em saúde, seja o passo inicial para a maior proximidade entre o cuidado leigo e a crença profissional embasada na ciência.

Poucos são os estudos que tratam do cuidado leigo e profissional na amamentação do RNPTT e das dificuldades relacionadas ao AM vivenciadas pelas mães e suas famílias. Na presente pesquisa tem-se como escopo conhecer e compreender os cuidados leigos e profissionais relacionados à amamentação na prematuridade tardia, além da melhoria na qualidade do cuidado singular voltado a esse bebê. Portanto, propõem-se, aqui, reflexões acerca dos cuidados referentes à amamentação desde o nascimento do RNPTT até o seu sexto mês de vida.

2 OBJETIVO

Conhecer o cuidado leigo e profissional no aleitamento materno de prematuros tardios até o sexto mês de vida, a partir do relato das mães.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer o cuidado no aleitamento materno durante a internação hospitalar.
- b) Conhecer o cuidado no aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê.
- c) Conhecer a influência da relação entre os cuidados leigo e profissional no aleitamento materno.

3 METODOLOGIA

A metodologia contempla o estudo de um fenômeno do dia-a-dia, com o foco nos cuidados leigo e profissional dos prematuros tardios em relação à amamentação. Dessa forma, neste capítulo apresentam-se as definições referentes ao delineamento metodológico desta pesquisa, o seu campo de estudo, os informantes e o modo com que foram feitas a coleta e a análise dos dados e, por fim, são expostas as considerações éticas do estudo.

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo exploratório permite ao pesquisador subsidiar-se com elementos que lhe permitam obter os resultados que deseja, aprofundando o seu estudo nos limites de uma realidade específica. A pesquisa qualitativa preocupa-se com os indivíduos e o seu ambiente em todas as complexidades e sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador⁵⁵.

O estudo configurou-se, também, exploratório, por se investigar vivências, sentimentos, valores, saberes e experiências das mães em relação aos cuidados na amamentação dos seus filhos prematuros tardios.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em unidades de Estratégia da Saúde de Família (ESF), unidades de atenção básica à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF foi regulamentada em 1994, como plano do MS para aperfeiçoar a prestação de assistência, como um modelo de atenção primária resolutivo que priorizasse a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das comunidades de modo contínuo, com ênfase na prevenção das doenças e promoção de saúde. Os profissionais das ESF acompanham as pessoas por meio de visitas domiciliares, nas quais os agentes e os profissionais de saúde acompanham pacientes com doenças crônicas, por exemplo. Essa proximidade entre a equipe de saúde e a comunidade gera relações de vínculos de corresponsabilidade, facilitando e sinalizando a necessidade de atenção à saúde de maneira holística⁵⁶.

O estudo foi desenvolvido em três unidades de ESF de Porto Alegre, localizadas na Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal. O distrito Glória-Cruzeiro-Cristal possui nove

ESF, cinco Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Saúde. A coordenação da Gerência Distrital e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre indicaram as unidades de ESF Cruzeiro do Sul, Osmar de Freitas e Mato Grosso como unidades colaboradoras para esta pesquisa, pois possuíam maior número populacional em cadastro.

O atendimento nas ESF selecionadas como campo de estudo é feito em horário comercial e durante a semana. Os profissionais de saúde realizam consultas nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e as consultas de pré-natal são realizadas por médico e enfermeira. Os programas Nascer, Pra-crescer e Pra-nenê são desenvolvidos nessas ESF.

3.3 INFORMANTES DO ESTUDO

As informantes desta pesquisa foram mães de RNPTT que, em algum momento da sua gestação, realizaram atendimento pré-natal em uma das três ESF pertencentes ao campo de estudo.

No intuito de preservar a identidade das informantes foram utilizados nomes fictícios. Ao todo, foram incluídas 13 mães de prematuros com idade superior ou igual a dezoito anos. Os bebês, ao nascer, tinham idade gestacional de 34 a 36 semanas e seis dias, pesavam mais de 1.500 gramas, não eram portadores de malformações e tiveram alta hospitalar até o 45º dia de vida. A primeira ecografia obstétrica realizada pela informante serviu de base para a definição da idade gestacional, juntamente com a data da última menstruação, ambos os dados obtidos na carteirinha da gestante.

Ao caracterizar as informantes quanto ao grau de escolaridade observou-se que três tinham ensino fundamental incompleto, duas concluíram o ensino fundamental, uma não tinha o ensino médio completo, quatro o terminaram, uma tinha certificado de curso técnico em contabilidade, e duas tinham o terceiro grau incompleto.

As idades variaram entre 18 e 41 anos, sendo que seis mães estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos.

Quanto ao trabalho das mães, uma era atendente de *telemarketing*, uma educadora infantil, uma vendedora, uma empregada doméstica, uma empacotadora, uma estudante, uma estagiária, cinco auxiliares de serviços gerais e uma atendente de padaria. Destas, apenas quatro estavam em licença maternidade regulamentada por lei.

Já, em relação ao estado civil das mães, seis eram casadas, cinco tinham união estável, uma era solteira e uma, separada. A maioria tinha renda familiar de um salário mínimo.

Em relação ao tipo de parto, seis foram submetidas à cesárea e sete tiveram partos vaginais. Em relação à idade gestacional dos bebês, avaliada ao nascer, a variação foi de 34 semanas e três dias a 36 semanas e seis dias, e a média foi de 35 semanas e seis dias.

No tocante às crianças, participaram desta pesquisa 15 bebês prematuros tardios, pois duas gestações foram gemelares. Logo após o nascimento, dez bebês foram internados em UTIN, pelos seguintes motivos: dois por icterícia, três por sífilis congênita, um por hipoglicemia, um por baixo peso, um por disfunção respiratória, um por taquipneia transitória, e um por anemia. Todas as informantes ganharam os seus filhos prematuros tardios em instituições hospitalares credenciadas na IHAC⁴⁷.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados analisados neste estudo fazem parte do banco de dados da pesquisa intitulada “O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal”. Na referida pesquisa a autora investigou o cuidado leigo e profissional dos recém-nascidos prematuros tardios, além do cuidado relacionado ao cuidado pré-natal das informantes. A pesquisa que deu origem a quatro estudos distintos, o presente estudo, duas outras dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. A tese abordou o conhecimento das crenças, dos valores e das práticas de cuidados dos prematuros tardios no que se refere aos cuidados leigos e profissionais⁵⁷, e uma das dissertações investigou a atenção pré-natal na prematuridade tardia⁵⁸.

Foram treze meses de coleta de dados — de novembro de 2011 a dezembro de 2012. Durante esse período fez-se contato semanal, por telefone, com as equipes de saúde, a fim de verificar a ocorrência de nascimentos de RNPTT. No início da coleta de dados, os profissionais demonstravam certa dificuldade para identificar bebês prematuros tardios, no entanto, com o passar do tempo, esses profissionais entravam em contato com as pesquisadoras a fim de comunicar a possibilidade de novas mães informantes.

Os profissionais das ESF foram peças fundamentais para a coleta de dados deste estudo, especialmente os agentes comunitários de saúde, que identificavam os nascimentos ocorridos e auxiliavam a localizar os domicílios. Ao se tomar conhecimento do nascimento do RNPTT e havendo confirmação de que mãe e bebê atendiam os critérios de inclusão deste

estudo, realizava-se contato telefônico para convidar a mãe a participar da pesquisa, falava-se sobre o estudo e os seus objetivos, perguntando-lhe se ela aceitava participar do estudo. Depois disso, marcava-se uma visita, preferencialmente no domicílio da informante.

Na visita, eram explicados os objetivos da pesquisa, seu desenvolvimento e apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A) para leitura e esclarecimentos. Após o aceite da informante realizava-se a primeira entrevista. Ao todo, foram três entrevistas com cada mãe: no primeiro, terceiro e sexto mês após a alta hospitalar do bebê. Nas entrevistas abordavam-se questões referentes à gestação e aos cuidados pré-natais. Além disso, registrava-se a trajetória de cuidados da gestante e do seu bebê, incluindo o parto, o puerpério, a rotina do bebê, sua amamentação e a alimentação ao longo dos primeiros seis meses.

Terminadas as entrevistas com as mães informantes foram escolhidas, de forma intencional, quatro informantes-chave. Tais informantes foram eleitas pelas pesquisadoras por conhecerem a cultura do grupo e terem facilidade de comunicação e de expressão verbal, além de interesse em dar continuidade à sua participação na pesquisa. Em uma quarta entrevista, as informantes-chave foram convidadas a opinar sobre determinados fenômenos grupais, características da comunidade, e cuidados durante o acompanhamento pré-natal e ao bebê. As entrevistas geradas pelas informantes-chave foram incluídas na análise de forma complementar.

Foram realizados encontros com as entrevistadas, totalizando 43 entrevistas realizadas a partir de roteiro elaborado previamente (APÊNDICE B), os quais ocorreram nas casas das mães ou em local previamente estipulado. Nas entrevistas, foram questionados, de forma ampla, aspectos relacionados à concepção, à gestação, ao parto, ao puerpério, à internação, à alta e aos cuidados referentes ao bebê. As entrevistas, após gravação digital, foram transcritas e incluídas em banco de dados. Para maior organização dos dados das informantes, preencheu-se uma ficha individual com dados que caracterizavam as participantes.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados do estudo foram analisados sob o referencial de análise etnográfica, adaptada por Douglas et al.⁵⁹, que interpreta os dados sob a ótica cultural, identificando padrões e temas. A análise foi desenvolvida em quatro fases.

Na primeira fase foram feitas a coleta, a descrição e a documentação dos dados brutos. A organização dos dados foi feita de forma manual. Para este estudo foram utilizados os

dados obtidos nas entrevistas com as mães informantes e as informantes-chave, cujas informações foram agrupadas e separadas, conforme a ESF correspondente, durante o desenvolvimento da pesquisa. As entrevistas foram transcritas, sinalizando-se e destacando-se os trechos referentes aos cuidados leigos e profissionais relacionados ao AM.

Na segunda fase identificaram-se e categorizaram-se os dados em descritores e componentes. Essa fase se desenvolveu ao longo da coleta de dados até o seu término. Dos dados emergiram os descritores que descrevem os achados.

Já, na terceira fase, etapa em que se agrupam os descritores e componentes afins, com o objetivo de contextualizá-los, foram identificados os padrões e realizou-se a análise contextual dos dados obtidos.

A quarta fase correspondeu à composição dos temas amplos, às formulações teóricas e recomendações. Com a identificação dos temas pôde-se realizar a discussão com base na literatura científica adequada.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, sob número 001.039956.11.3 (ANEXO B).

A pesquisa envolve seres humanos e as diretrizes e as normas que as regulamentaram foram embasadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 466/2012⁶⁰ adotando-se os referenciais básicos da bioética — a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

As questões éticas foram contempladas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), com total liberdade de adesão da participante, assegurando-lhe o direito de suspender sua participação no estudo em qualquer momento da coleta de dados. As informações obtidas foram utilizadas apenas para fins deste estudo, e o anonimato dos sujeitos estudados foi preservado⁶¹. As participantes foram esclarecidas quanto à metodologia, aos objetivos e às finalidades do estudo em questão. O áudio das entrevistas e as transcrições foram guardados e, após cinco anos, a contar do término desta pesquisa, serão apagados.

4 DISCUSSÃO DOS TEMAS E FORMULAÇÕES TEÓRICAS

A análise temática e de padrões⁵⁹ constitui-se de dois temas: “ajuda não direcionada às peculiaridades da dupla mãe-bebê” e “a família como referência no aleitamento materno”. Os temas foram constituídos a partir dos descritores e padrões. A seguir, no Quadro 1, ilustram-se os temas identificados e as suas constituições. No próximo tópico, discorre-se sobre os temas nele identificados.

Quadro 1 - Descritores, padrões e temas

Descritores	Padrões	Temas
Dificuldades relacionadas à prematuridade tardia	Início e estabelecimento tardio da amamentação no hospital	Ajuda não direcionada às peculiaridades da dupla mãe-bebê
	Fragilidades na atenção às demandas do RNPTT e à sua mãe na amamentação	
Dificuldade de encontrar apoio	Falta de acolhimento profissional	
	Despreparo do profissional	
Dificuldades com a amamentação em casa	Déficit de orientação e acompanhamento profissional na amamentação	
Crenças maternas	Apoio familiar e crenças sobre a alimentação do bebê	A família como referência no aleitamento materno

Fonte: Autora

4.1 AJUDA NÃO DIRECIONADA ÀS PECULIARIDADES DA DUPLA MÃE-BEBÊ

Nesse primeiro tema abordam-se relatos de ações e vivências nas quais a assistência prestada pelos profissionais de saúde nem sempre considerou as necessidades do binômio mãe-bebê no contexto da prematuridade tardia. O tema foi constituído dos descritores: *dificuldades relacionadas à prematuridade tardia, dificuldade de encontrar apoio e as dificuldades com a amamentação em casa*. Os padrões identificados foram: *início e estabelecimento tardio da amamentação no hospital, fragilidades na atenção às demandas do RNPTT e à sua mãe na amamentação, falta de acolhimento profissional, despreparo do profissional e déficit de orientação e acompanhamento profissional na amamentação*.

4.1.1 Início e Estabelecimento Tardio da Amamentação no Hospital

No intuito de aumentar os índices de aleitamento materno, a OMS e o UNICEF, em 1989, estabeleceram “Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, criando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC. Destaca-se, aqui, o quarto passo, porque este preconiza a ajuda às mães a iniciarem o AM na primeira hora após o nascimento, momento em que o bebê deve ser colocado em contato pele com pele com a mãe, favorecendo-lhe, assim, o AM tão importante para a sua saúde⁵².

Em um estudo pioneiro, realizado em distritos rurais em Gana, foram analisados recém-nascidos não gemelares no segundo dia de vida, nascidos entre os anos de 2003 e 2004, os quais iniciaram o AM. Os dados apontam a relação entre a amamentação precoce e as taxas de mortes neonatais, sendo que a amamentação no primeiro dia de vida responde por 16,3% de redução das mortes neonatais, ao passo que a amamentação na primeira hora de vida as reduz em 22%. Conforme os autores do estudo mencionado, a mãe que inicia a amamentação logo após o nascimento do bebê tem maior chance de sucesso na prática de amamentar; que o AM precoce previne a introdução de alimentos pré-lácteos que podem lesionar o intestino do bebê, que é imaturo; que o colostro auxilia a maturar o epitélio intestinal, protegendo-o contra doenças; e que o contato pele a pele previne hipotermia no recém-nascido⁶².

De acordo com o relato das mães entrevistadas neste estudo, a primeira mamada aconteceu várias horas após o nascimento, na sala de recuperação pós-parto, na UTIN ou no alojamento conjunto. Muitas vezes não ocorreu o contato pele a pele na primeira hora de vida, e a primeira mamada foi relegada a um segundo momento, após a realização dos cuidados rotineiros, mesmo quando mãe e bebê não apresentavam intercorrências que impedissem o alojamento conjunto desde o nascimento, como no relato a seguir.

“Ela mamou pela primeira vez assim que eu fui pra sala de recuperação, que ela (o bebê) veio, ela (profissional) botou no peito. Na sala de cesárea, nada. Depois que limpavam ela, depois que eu vi, mas depois que ela já tava prontinha, já tinham enrolado ela, já tinham aspirado, pesado, já tinham feito tudo, depois que trouxeram pra eu ver” [Lia].

No relato de experiência sobre amamentação na primeira hora de vida em hospital privado identifica-se que a equipe de saúde prioriza o atendimento ao RN, conforme a prescrição médica e as rotinas hospitalares — a aplicação da vacina hepatite B, vitamina K intramuscular, banho, entre outros. Não é estimulada a amamentação na primeira hora de vida e constata-se que os profissionais de enfermagem, gestores e administradores parecem pouco

sensibilizados para essa prática⁶³. Nesse sentido, outro estudo, desenvolvido no Instituto Fernandes Figueira (RJ), credenciado na IHAC, mostrou que o espaço de tempo entre o nascimento dos bebês e a primeira mamada ainda é muito grande. Nessa pesquisa foram excluídos os partos e os nascimentos com alguma intercorrência, ou seja, participaram do estudo apenas duplas mães-bebês consideradas de risco habitual. Mesmo assim, a média de tempo para o início da amamentação foi de quatro horas e trinta minutos, muito além do preconizado pela IHAC. Mulheres que tiveram parto normal receberam auxílio para amamentar em sala de parto em 60% dos casos. Contudo, para as mães submetidas à cesariana esse auxílio caiu para 20%⁶⁴.

No tocante ao filho RNPTT, ao visitá-lo na internação neonatal a mãe enfrenta limitações decorrentes do seu próprio estado de saúde para saciar o desejo de estar com o seu bebê, prestar cuidados e amamentá-lo. Dessa forma, a mulher precisa ser apoiada emocionalmente, em especial as que vivenciam momentos de vulnerabilidade, como no caso da hospitalização do filho prematuro em UTIN²⁰. O relato de Luma mostra a vontade de amamentar, a limitação devido à hipertensão materna, e a abordagem pouco acolhedora e esclarecedora do profissional de saúde para com a nutriz.

“[...] eu ia lá todos os dias (na neonatologia). A doutora já tinha me explicado que ele ia nascer e que ia precisar ficar lá uns dias. Eu nem esperei ficar muito boa, quando cheguei no quarto, já fui ver ele, porque, no caso, lá eu ficava sentada, até as enfermeiras ficavam meio que me xingando, porque eu tinha que ficar em repouso, porque a minha pressão não baixava, porque eu ficava indo e vindo toda hora, eu queira dar mamar pra ele, de três em três horas, às vezes, nem dava tempo de descansar, e os enfermeiros também me ligavam lá pra UTI, pra eu descer pra tirar minha pressão, pra eu tomar remédio”. [Luma]

Nesse contexto, destaca-se o estudo realizado na maternidade pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no qual foi constatado que, quando um filho nasce de forma prematura, as mães deixam de valorizar os seus próprios riscos puerperais em detrimento da luta pela sobrevivência dele. Nesse momento, aflora o sentimento de culpa, pela incapacidade de ter uma gestação a termo, sentindo-se responsável pela prematuridade do seu bebê⁶⁵.

Enfatiza-se, ainda, que a internação hospitalar, por afastar o bebê da mãe e dificultar o contato físico entre ambos, além da aparência frágil do bebê, pode contribuir para o distanciamento da mãe e dificultar o processo de amamentação. A dificuldade em abandonar a imagem idealizada do bebê e aceitar a realidade do recém-nascido prematuro, com todos os

dispositivos que possam ser necessários para sua a alimentação, tornam-se grandes barreiras na vivência intra-hospitalar¹⁶.

“Lá no hospital, dia-a-dia, a pessoa acaba se preocupando demais, a vó falava que, quando a pessoa assim tava se preocupando demais, o leite vai secando, que, assim, que ele (o bebê) ficou aqueles dias no hospital e voltou pra casa e teve que voltar de novo, foi difícil”. [Luzia]

“Porque o fato deles não pegarem a teta foi difícil. Daí elas vinham (na neonatologia) e dizia: mas, mãe, tu tem que tentar dar teta pra eles. Tem que tentar. Por essa parte, eu sofri um monte. Porque eu olhava pras outras mulheres com aquelas crianças grandes, pesando quatro quilos, três quilos e eu com um bem pequenininho. E eu olhava as mulheres amamentando numa boa e eu não conseguia. Eles dormiam muito, daí eu fui me informando com as pessoas que tinham baixado comigo. Porque entrava um, saia outro (de alta)”. [Lorena]

“[...] lá na Neo, me disseram que eu não podia amamentar. E ele ficou vários dias sem mamar no peito, ficou só na mamadeira e no bico. E, quando eu fui dar pra ele, não tinha, agora que eu tô tentando dar pra ver se ele pega” [Lais].

O RNPTT apresenta dificuldade na coordenação da sucção/deglutição/respiração, o que pode gerar prejuízos ao AM, por ingesta alimentar inadequada, aumentando, assim, os riscos de hipoglicemia¹⁵. Essas dificuldades foram relatadas pelas mães entrevistadas

“Ele não pegou direto, ele não abria bem a boca, aí era ruim, né?”. [Letícia]

“No dia que a gente ia sair do hospital, ele tava com a glicose muito baixa, aí ela disse que eu tava dando mamá errado, porque ele tem que pegar com toda a boca o seio e ele pegava só no biquinho. Aí ele não mamava direito, e a glicose tava baixa, iam ter que colocar ele no soro, aí ele não ia ganhar alta, aí ela me ensinou direitinho, aí depois, quando vieram verificar a glicose dele de novo, tinha aumentado pra 62, aí eu aprendi a dar direito... amamentar ele direito”. [Lívia]

Os relatos apontam para a importância do apoio profissional frente às dificuldades de pega enfrentadas pelo RNPTT para o sucesso do AM. O apoio profissional deve evitar o uso de leite suplementar promovendo, por conseguinte, o AME.

Em um estudo desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, as falas de mães de recém-nascidos prematuros revelam sentimento de desprazer quanto à amamentação de seus bebês. Esse sentimento emerge da dificuldade de sucção dos bebês, e as mães a associam à baixa produção de leite⁶⁶. O presente estudo também mostra o descontentamento das mães com o leite que “não desce” e com sua baixa produção, fortalecendo a importância do acompanhamento e do apoio profissional.

“Porque, como eu fiz cesárea, a anestesia demorou pra baixar o leite, então eu só tava com o colostro, então a primeira noite ela chorou a noite inteira [...], e eu oferecia o peito, e ela mamava e continuava chorando”. [Lia]

Frente à espera para apoiar o leite, o acompanhamento dessa mãe pelo profissional de saúde pode contribuir para diminuir-lhe a ansiedade. Deve-se valorizar a presença de colostro e orientar a importância do estímulo de sucção para o processo de apojadura.

4.1.2 Fragilidades na Atenção às Demandas do RNPTT e à sua Mãe na Amamentação

Os prematuros gemelares têm sido identificados como vulneráveis no tocante à interrupção precoce do AM⁶⁷. Nessa perspectiva, no presente estudo constatou-se a introdução de leite não humano para gemelares pelo profissional, por receio de que o LM fosse insuficiente para a demanda dos dois bebês. Destaca-se que a mãe dos gemelares refere-se à dificuldade no posicionamento dos bebês em mamadas concomitantes, indicando a falta de suporte profissional.

“É pra dar o peito, eles pediram pra dar o peito direto, se desse mais fome, dar o complemento de três em três horas. Mas, como eu fiquei com duas crianças chorando, esperando um mamá, depois que o outro mamá, aí não dá. Já botei (os dois juntos). Mas é desconfortável botar uma criança em cima da outra. É difícil, por mais que tu sente e se acomode não adianta. Como é que vai ficar com duas crianças no colo? Não tem como!”. [Lavínia]

Um estudo transversal, que objetivou identificar fatores associados à interrupção do AME entre recém-nascidos de baixo peso na atenção básica de saúde, demonstrou maior probabilidade de a mãe de gemelares interromper o AME quando comparada à mãe de gestação única. Essa pesquisa enfatiza a importância do apoio profissional para a manutenção do AME de bebês prematuros gemelares⁶⁸.

Assinala-se que a manutenção de um bom estado nutricional na prematuridade não se limita apenas ao ganho ponderal, mas, também, à enterocolite necrosante e à hipersensibilidade, entre outras patologias, que podem ser prevenidas com uma lactação adequada às necessidades do recém-nascido prematuro⁶⁹. Embora as vantagens do AM sejam amplamente divulgadas pela literatura e pela mídia, e enfatizadas por organizações nacionais e internacionais, a indicação do complemento pelo profissional é, muitas vezes, realizada de forma pouco criteriosa, como pode ser percebido na fala abaixo.

“Quando eu ia almoçar, ou ia lá embaixo, (eles dão o crachazinho pra mãe almoçar, pra tomar café) que daí, se eu não estou lá (na neonatologia) e ele (o bebe) chora, daí eles dão um copinho [...] daí deram [...] Na folha de alta, tinha orientações do NAN, se ele tivesse que tomar o NAN [...] trinta ml, a cada trinta ml uma conchinha de NAN [...], o NAN falaram que era pra dar sempre depois da mamada”. [Luzia]

“Precisou (suplemento no hospital), porque, como eu fiz cesárea, a anestesia demorou pra baixar o leite, então eu só tava com o colostro, então a primeira noite ela chorou a noite inteira [...] e eu oferecia o peito, e ela mamava e continuava chorando [...], então daí eu conversei com a pediatra no outro dia, e ela me deu o complemento [...], a mamadeirainha [...], daí ela tomou, daí a segunda noite ela já dormiu bem [...] Ficou tomando durante o dia, de três em três horas [...]” [Lia]

“Era peito e mamadeira que ele tinha que pegar (para ter alta hospitalar). Então, o doutor disse que eu tinha que continuar dando a mamadeira em casa. Até desceu o meu leite bastante, eu tenho bastante leite, mas eu prefiro ficar dando a mamadeira, porque ele mama a mamadeira e mais o peito, tá muito esganadinho” [Larissa]

Essa atitude vai de encontro ao que é proposto pelo passo seis da IHAC: “Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que haja uma indicação médica”.

Os motivos aceitos pela recomendação internacional como indicação médica para a oferta de fórmulas lácteas são: recém-nascidos de muito baixo peso (< 1.500g); prematuros com menos de 32 semanas de idade gestacional; os que não conseguem ganhar peso ou manter o grau de hidratação apenas com LM; aqueles cuja mãe apresente doença grave ou esteja em uso de medicação contraindicada durante a amamentação; os com erro inato do metabolismo, e filhos de mães com sorologia positiva para o HIV⁶⁰.

Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro mostrou que, do total de justificativas para a introdução de complemento, menos de um décimo estava em concordância com os critérios da IHAC, e a introdução desse complemento para recém-nascidos com menos de uma hora de vida mostra a antecipação de condutas dos profissionais de saúde antes que algum possível problema clínico ocorra. Sendo assim, a hipogalactia e a agalactia são as justificativas mais comuns para mais de um terço do total de motivos na referida pesquisa. Entretanto, a apojadura, como salientam os pesquisadores, ocorre nas primeiras 48 e 72 horas após o nascimento, além de ser a sucção o estímulo responsável pelo aumento da produção de leite, o que torna aquelas justificativas inadequadas, principalmente nas primeiras horas de vida do bebê⁷⁰.

O passo nove da IHAC preconiza que não sejam oferecidos bicos artificiais ou chupetas para crianças amamentadas. Contudo, observou-se que o estímulo à sucção não nutritiva é utilizado na unidade neonatal, como indica a fala a seguir.

“Foi lá no hospital que ele pegou bico. Eu cheguei lá, e ele já tava chupando o bico, daí eu perguntei: quem te deu o bico? Daí, a mãezinha da coleguinha dele, que tava do lado, disse: é que ele tava chorando. Estavam dando aquelas fórmulas pra ele, e atrasou um pouquinho o horário, mas pode ter certeza quando onde ele abriu o berreiro é porque ele tá com fome. Daí ela pegou tava com dois bico, deu um pra filha dela e deu o outro pra ele. Deu na boca dele, dois toques ele pegou. Veio (do hospital) de lá chupando.” [Laiza]

Contudo, nenhuma mãe relatou ter sido orientada sobre o risco de desmame precoce associado à oferta do bico. Em uma investigação realizada com crianças carentes de área subdesenvolvida do Brasil e com peso desfavorável ao nascimento, os autores constataram que o uso de chupeta está vinculado ao desmame precoce⁷¹. Além disso, é possível associar a diminuição do número de mamadas ao uso da sucção não nutritiva, o que leva à diminuição do estímulo de produção de leite⁷². Evidenciou-se a falta de orientações e apoio às mães para o estabelecimento e a manutenção do AME. As falas refletem as dificuldades das mães frente aos desafios para amamentar os seus bebês prematuros no ambiente hospitalar.

“Não ensinaram a posicionar o bebê para mamar”. [Luzia]

“Não me explicaram por que os bebês não pegavam o peito, diziam que tinha que dar”. [Lorena]

“Lá no hospital, eles não me ensinaram a dar o peito”. [Larissa]

Sabe-se que a qualidade da assistência materno-infantil é fator primordial para o aumento dos índices de AM, e as principais variáveis, responsáveis pela diminuição destes, são passíveis de intervenção, e o profissional de saúde tem importante papel para o aumento desses índices⁷³.

As respostas das entrevistadas demonstram que o atendimento hospitalar precisa ser repensado e modificado. A instituição hospitalar é considerada por muitos usuários um local de conhecimento técnico-científico, o qual poderia assegurar maior qualidade da assistência e prática humanizada para as mães. Contudo, nesta pesquisa há relatos que refletem a falta de orientação para a amamentação dos RNPTT.

4.1.3 Falta de Acolhimento Profissional

No tocante ao acolhimento profissional, muitas mães foram tratadas de forma pouco compreensiva em relação às dificuldades relacionadas ao AM. Constatou-se que, mesmo com o mal-estar decorrente de lesão na mama, não houve entendimento das necessidades da mãe,

nem acolhimento, a fim de amenizar-lhe o momento de dor e auxiliar o bebê a realizar a pega correta da mama, o que propiciaria o sucesso do AM.

“Eu estava dando errado o mamã pro nenê, que estava pegando errado. Tudo bem que estava pegando errado, mas quem pôs a mamadeira não fui eu, foi lá no hospital que eles não mandaram dar o peito, então tem que xingar lá, o médico, e não eu. Eu disse para ela [profissional do BLH], ele foi mamar no peito mesmo um dia antes de ir embora [do hospital]. E o resto, os 20 dias que ele ficou lá foi na mamadeira, então eu não tenho culpa, a culpa é do médico! E ele mandou eu continuar dando mamadeira para ele, agora que eu resolvi não dar mais e dar o peito. E eu já cheguei com o peito todo machucado e ela [profissional da saúde] me xingando!”. [Larissa]

Ressalta-se a importância do apoio e incentivo à mãe que amamenta, tanto emocional quanto em relação à fisiologia da lactação, ao cuidado com as mamas, ao posicionamento do recém-nascido durante a pega e aos benefícios relacionados ao LM. É preciso haver disponibilidade profissional para ajudar as mães a solucionarem esses problemas, as quais devem ser encorajadas a continuar a amamentar mesmo com as possíveis dificuldades que se apresentem⁷⁴.

A educação para a saúde pode auxiliar as mães, desde a gestação, a adquirirem conhecimentos sobre amamentação que as auxiliem a obter sucesso no AM⁷⁵. Sem dúvida, os BLH são lugares de apoio e estímulo para que elas amamentem seus filhos. Na primeira fala, a seguir, a mãe afirma que a ensinaram a amamentar no BLH, e, em sua percepção, é o local adequado para oferecer auxílio, atendendo-a em suas necessidades.

“É tinha lá um, agora não me lembro o nome, que tu ia lá, e eles te ensinavam. É o local onde a gente ia pra tirar o leite, daí elas explicavam como que tinha que fazer pra tirar o leite, pra fazer bico. É banco de leite. Daí, na UTI, elas até davam um auxílio, mas lá é onde as moças ficam mais tempo (no BLH), sabem melhor”. [Luma]

Contudo, outra mãe menciona que não encontrou o suporte necessário para as suas dificuldades nesse local. Essa mãe sentiu-se maltratada no BLH e parou de ordenhar o seu leite em função disso. Nesse sentido, observa-se um distanciamento entre a função do setor e o que realmente ocorre na prática.

“Parei de tirar, porque tem que tá lá toda semana, então, às vezes, não dá pra tirar. Eu fui lá, e a mulher me xingou, e aí não fui mais! Por causa que eu tava dando errado o mamã pro nenê, que tava pegando errado”. [Larissa]

Assim, constata-se a falta de compreensão no tocante às dificuldades da nutriz na prematuridade, com pouca tolerância do profissional, fazendo com que a mãe não tenha a coragem necessária para esclarecer suas dúvidas em um serviço criado justamente para isso.

Em estudo realizado no BLH em hospital universitário do Rio de Janeiro, constatou-se que a atenção, o conforto e o carinho por parte dos profissionais de saúde auxiliam as mães a se sentirem mais seguras para amamentar. A pesquisa sinaliza que problemas na lactação podem ser oriundos de um cuidado inapropriado quando o profissional não leva em consideração a mulher na sua integralidade³⁶.

A falta de conhecimento sobre a importância do LM, inclusive sendo o alimento mais econômico para as famílias, leva a mãe a optar pelo uso de leite menos oneroso, embora não seja o mais indicado para o bebê. Sabe-se que o LM é vantajoso também pela economia, contudo, o relato abaixo mostra que a mãe optava por oferecer leite integral líquido, diluído em água, por entender que esse leite era financeiramente viável.

“Sim, vou começar a dar mamadeira pra ela, mas não, Nestogeno. [...] Eu falei que não dá uma coisa tão cara que depois eu não vou poder sustentar. A vó sustenta. Mas aí fala uma coisa e depois [...]. Ela quer dá no começo pro organismo dela, mas eu tô achando que eu vou comprar de caixinha que é melhor, que eu boto uma receita, uma coisinha ali, porque cada lata é [...] Dei sempre leite de saquinho, nunca dei outro leite”. [Latipha]

Destaca-se que a introdução de outros alimentos diferentes do LM caracteriza o processo de desmame. Estudo transversal aninhado em uma coorte, realizado em Porto Alegre (RS), constatou que a introdução de leite não humano no primeiro mês de vida favoreceu o desmame antes dos seis meses⁷⁶.

Dentro do hospital a puérpera, carente de auxílio profissional, procurava apoio de leigos para solucionar as suas preocupações em relação à pega do RNPTT. Sabendo da importância do AM, a mãe encontrou soluções que pudessem responder às suas dúvidas com as outras mães, companheiras de enfermaria.

“Não ajudaram na pega da mama, botaram pra mamá. E daí eu fui me informando com as pessoas que tinham baixado comigo. Porque entrava um, saía outro. Ai eu ia conversando e eu tentava entender”. [Lorena]

Um estudo desenvolvido em Salvador (BA) identificou as necessidades das mães no puerpério imediato — as de cuidados físicos e acolhimento. Entende-se por acolhimento a atenção, o respeito, a atenção às necessidades de ser ouvida, de sentir-se segura, de orientação

e informação, e de ser auxiliada em um momento difícil de sua vida⁷⁷. Semelhante ao estudo acima mencionado, no presente estudo, pôde-se observar que, frente à falta de acolhimento intra-hospitalar, as mães conversavam com outras puérperas em busca de informações e auxílio, interagindo com as colegas de quarto, a partir da rede de solidariedade estabelecida entre elas.

4.1.4 Despreparo do Profissional

A comunicação entre o profissional e a nutriz é fator importante para o sucesso da amamentação do RNPTT. Entretanto, observa-se que a comunicação não ocorre de forma adequada, pois os profissionais não oferecem escuta qualificada em relação às dúvidas da puérpera.

“Não, por enquanto, só perguntaram se ela ainda tá mamando no peito. Até porque aquele médico ali não é muito de pergunta não, só respondia o que tu pergunta e deu, ele não fala nada, se ta com dúvida, alguma coisa, e tu fica quieta, ele não fala nada”. [Lucilene]

“Eles não dão abertura, é o leite do peito e pronto, têm mães que não conseguem [...] Mas elas não perguntam, né? Essas coisas de casa, o que que tu tá passando, o que tá precisando, não, não”. [Lia]

Em uma pesquisa realizada no município de Natal (RN) foram analisados os relatos de vinte e oito mães que eram acompanhantes dos seus filhos prematuros em UTIN. O objetivo era compreender de que modo elas percebiam a sua vivência como acompanhantes, e constatou-se que a falta de comunicação entre as mães e os profissionais do intensivismo fazem com que elas se sintam sem o apoio emocional necessário nesse momento delicado de hospitalização do filho prematuro⁶⁵.

Os relatos dos participantes deste estudo mostram que o profissional não está preparado para se comunicar efetivamente com as mães. Ele não conhece as práticas realizadas pelas mães, as quais não lhe são reveladas porque as mães não acreditam que a escuta do profissional seja interessada e leve em consideração os cuidados personalizados, o pensar e a rotina pessoal e familiar da mãe e o seu contexto social e cultural. A mãe não acredita na profissional que não conhece a sua rotina domiciliar e ela mantém a sua crença de que seu leite é fraco.

“Primeiro, eles disseram que o melhor era o peito, se eu tivesse o leite era o peito, mas é aquela coisa, né? Quem sabe de nós somos nós, né? Então, a doutora não vai estar aqui na minha casa, não julgo ela, ela tá certa, o leite materno é bom mesmo, mas só que não adianta, meu leite tava fraco. Não tive a quantidade de leite que eu tive do P., o P. foi até os cinco meses de idade mamando, ele deixou, porque ele quis deixar, porque teve bronquiolite, daí eu acho que, com a falta de ar, ele não conseguia mamar no peito. Então, ele mesmo deixou, aí não adianta querer forçar uma coisa que não é aquilo que eu estou vivendo no dia a dia dentro de casa. Então, eu faço, não estou deixando ela passar fome, tá bem”. [Lia]

A falta de comunicação também está associada ao medo de ser julgada por seus atos pelo profissional que utiliza falas hostis e xingamentos, afastando as mães de qualquer forma efetiva de cuidado por parte do profissional.

A coleta dos dados, inicialmente, foi dificultada por esse medo do julgamento, porque as mães acreditavam que as pesquisadoras faziam parte da equipe de saúde da ESF. Dessa forma, pelo fato de a coleta de dados ter sido realizada em três momentos, observou-se discrepância em suas falas, apresentando falas contraditórias em cada um desses momentos. Por exemplo, uma mãe, na primeira entrevista, afirmou ter dado à criança apenas o LM, entretanto, na segunda e terceira entrevistas relatou que já dava ao seu filho fórmula láctea desde o primeiro mês de vida. Essa atitude mostrou o medo de serem julgadas pelas entrevistadoras quanto às condutas realizadas com seus filhos.

No presente estudo, o profissional de saúde é percebido pelas mães como despreparado, dando informações inadequadas sobre AM. Por conseguinte, as entrevistadas somente aceitavam as orientações que lhes faziam algum sentido, tanto para o seu próprio cuidado quanto para o cuidado do seu bebê. A fala abaixo mostra a avaliação crítica e correta de uma mãe em relação às orientações do profissional:

“Ela [a profissional de saúde] disse que não era pra mim tirar mais leite, senão ia faltar pro meu bebê. Não vai faltar pro meu bebê! Quanto mais eu tiro, mais leite eu tenho. Só não tô dando muito mamá pra ele, porque realmente não aguento a dor!” [Larissa]

No tópico a seguir discorre-se sobre a carência de orientação e de acompanhamento dos profissionais da área quanto à amamentação.

4.1.5 Déficit de Orientação e Acompanhamento Profissional na Amamentação

No presente estudo as mães relataram estar descontentes com o atendimento prestado pela equipe da atenção básica. No relato abaixo, a mãe percebe superficialidade na assistência

prestada e relata a falta de orientações que atendessem as suas necessidades e, conseqüentemente, do seu bebê. A percepção da usuária revela um atendimento pouco consistente.

“É que a consulta no posto é ruim, né? É muito superficial ali no postinho. Não me falaram nada. Só perguntaram se tava mamando bastante assim, que se ele tava dormindo bem, só isso, fora isso, nada”. [Letícia]

De modo geral, notou-se a invisibilidade do RNPTT, que não era percebido pelos profissionais como sujeito que demandasse cuidados singulares. Nessa perspectiva, a mulher e o bebê precisam de uma assistência adequada para as suas demandas biopsicossociais no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, que possa ajudá-la a se adequar à nova realidade e ao seu novo papel na sociedade. A atenção humanizada e de qualidade torna-se fundamental para a saúde do binômio mãe/bebê. É imprescindível, portanto, lançar um olhar sobre o processo saúde/doença que compreenda a totalidade da pessoa a ser assistida, considerando-se os aspectos corpo/mente, meio social, econômico, cultural e físico⁵⁶.

Complicações mamárias também foram relatadas neste estudo. A fissura mamilar, por exemplo, é uma das variáveis relacionadas à interrupção precoce do AME para lactentes no primeiro mês de vida⁷⁸. O ingurgitamento mamário também prejudica o AM, causando o desmame precoce⁷⁹. Ainda, a falta de orientação profissional abriu margem para muitas condutas maternas inadequadas em relação ao AM.

Na presença de fissuras na mama as puérperas realizaram ordenha manual, porém, esse leite era descartado porque não sabiam armazená-lo e tinham medo de contaminação, acreditando que poderia causar malefícios à saúde de seus bebês. Assim, era ofertado ao RNPTT leite bovino e fórmulas lácteas ao invés do leite da própria mãe.

“A mama fica doendo e muito cheia, ele mama bastante, seca tudo. [...] Aí ele tá tomando agora mamá com Mucilon [...] Não, eu pego a maquininha e tiro e boto fora, porque, até às onze da noite, eu tenho medo que faça mal pra ele depois”. [Lívia]

As orientações para tratamento das fissuras mamárias e ingurgitamento foram incompletas e equivocadas.

“Eu já tava em casa, me deu uma febre muito alta, porque tinha empedrado o leite, aí me ensinaram lá também que pega e coloca compressa de gelo, aí desempedra e sai aquilo, o leite que tá parado ali”. [Lívia]

“Em relação à amamentação, eram só figos. “Ah! Mamão, mandaram colocar mamão, aí mandaram colocar uma colheita toda nos peitos (risos) [...] cada um que

chegava dizia uma coisa [...] era pra colocar mamão, era pra colocar o próprio leite do peito, era pra colocar o peito no sol, era pra colocar [...] (risos) [...] tudo! Eu tentei botar no sol e depois desse dia do sol eu comecei a lavar com sabão [...] daí parou de rachar [...] agora [...] o importante é que funcionou [...]”. [Lia]

“Chegou a empedrar, passei salmoura com água morna”. Deu certo, foi com uma baciuzinha. Fui molhando assim”. [Lorena]

Para o ingurgitamento mamário indicam-se os seguintes procedimentos: a ordenha manual da aréola, a fim de que ela fique macia e auxilie a pega do bebê; as mamadas frequentes (livre demanda); o uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios; o uso de sutiã de suporte para as mamas; as massagens delicadas nas mamas; a ordenha mamária e as compressas frias ou o gelo envolto em tecido após as mamadas ou no intervalo destas (o tempo de aplicação não deve ultrapassar vinte minutos). Em caso de trauma mamilar sugere-se posicionar o bebê adequadamente, manter os mamilos secos, não utilizar produtos que retirem a proteção natural dos mamilos (álcool, sabões e produtos secantes), amamentar em livre demanda, e evitar o ingurgitamento⁴².

O presente estudo evidenciou a falta de orientação sobre o posicionamento do bebê como um dos possíveis responsáveis por complicações na mama. Cabe ressaltar, ainda, que os bebês deste estudo nasceram em hospitais credenciados pela IHAC e, no passo cinco, preconiza que os profissionais devem mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo em situações em estejam separadas de seus filhos⁵². O relato abaixo aponta para a falta de orientação acerca do posicionamento para a amamentação e da piora no quadro da mãe frente à dor de amamentar, quando não tem orientação sobre o que fazer para melhorar.

“Eu não sabia, por que tava me dando febre [...], mas tava doendo muito meu peito, e ele tava cheio, né? [...] aí, pra dar mamá pra ele doía, mas isso foi bem no comecinho assim [...] agora ele tá enchendo, de noite, mais é de noite, aí ele mama e daí já melhora um pouquinho, mas, mesmo assim, dói pra amamentar por causa do biquinho [...] tá rachado [...] só ensinaram a botar a boquinha dele ali né [...] posição [...] não”. [Luzia]

Em Recife (PE), uma pesquisa mostrou que a fissura mamilar estava presente em 92% das mulheres, cujos bebês tinham pega incorreta. A técnica de amamentação é sinalizada como fator primordial de prevenção de fissuras mamilares, e, desse modo, a orientação precoce das mães quanto à técnica correta é de fundamental importância⁸⁰.

O presente estudo mostrou, também, que a mamadeira foi utilizada no hospital nos primeiros dias de vida no RNPTT, conforme o relato a seguir.

“Eu tirava no banco de leite. E eles mandavam pra ele. E, quando não tinha meu leite, eles davam de outras mães que eram doadoras [...] Eu tirava bastante leite. Lá no hospital, davam pro bebê na mamadeira ou no copinho. [...] “Ah era variado, às vezes, davam primeiro na mamadeira, às vezes, no copinho”. [Lais]

Conforme já se mencionou, as mães do estudo tiveram os seus filhos em hospitais credenciados pela IHAC e cabe sinalizar que o passo nove determina que não sejam oferecidos bicos artificiais ou chupetas aos bebês⁵². Entretanto, o relato acima demonstra que não houve preferência pelo copinho durante a oferta do LM ordenado no BLH.

Corroborando o que foi verificado acima, na falta de instrução profissional em casa a puérpera continua utilizando a mamadeira para a oferta de leite não humano.

“Com um mês [...], o NAN falaram que era pra dar sempre depois da mamada, então eu dou mamadeira uma ou duas vezes por dia”. [Luzia]

“Eu comecei a dar mamadeira, quando não descia leite, eu querendo, sabe? Ele chorava, chorava, chorava [...] eu ia e me espremia [...] mas só saía aquele pouquinho, daí da aquela brigaçada”. [Ligia]

Em um estudo realizado em Porto Alegre (RS) foram analisados 211 crianças e suas mães durante o primeiro mês de vida. Identificaram-se os seguintes determinantes para o uso de mamadeira aos 30 dias de vida: o fato de a puérpera morar junto com a avó materna, a mãe ser adolescente, presença de trauma mamilar na maternidade, e aos sete dias de vida o bebê usar chupeta. Além disso, a pesquisa sinaliza que o uso de mamadeira pode influenciar negativamente a técnica de amamentação⁷².

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), criada pelo MS e entregue às mães nas maternidades, registra os mais importantes eventos da vida da criança: a história obstétrica e neonatal; os indicadores de crescimento e desenvolvimento; o calendário de vacinação; e as questões importantes da alimentação, como a amamentação. Na falta de um suporte profissional, algumas mães contam que aprenderam as condutas com seus bebês lendo essa caderneta⁸¹.

“Daí eu já li todo o livro já, daí, por isso, tem umas coisa daqui, né? Que eu sei, que eu faço com ele. Então, tá bom”. [Letícia]

“Eu leio no livrinho do cartão de vacina dele que tem. Eu vejo quando eu posso dar coisinha pra ele comer, né? Quando vai sair os dentinhos. Mais, quando ele vai poder comer”. [Luzia]

Contudo, a CSC não foi criada para substituir a orientação profissional. Para que essa caderneta seja utilizada para a promoção de hábitos saudáveis de saúde faz-se necessário um trabalho intensivo de divulgação, sensibilização e capacitação de todos os profissionais envolvidos com a saúde materno-infantil. Dessa forma, garantir a sua utilização plena é um grande desafio a ser alcançado⁸².

As puérperas entrevistadas também associam a volta ao trabalho à interrupção da amamentação, fazendo com que incluam alimentos e fórmulas lácteas precocemente, a fim de “acostumarem” seus filhos com a sua ausência.

Na falta de comunicação eficaz com o profissional, a mãe acaba ofertando fórmulas lácteas, conforme a sua avaliação e a seu critério.

“O leite de caixinha, o líquido. [...] ninguém (orientou), eu comecei a dar por conta própria para ele, porque, quando eu levei para consultar, ela me disse para não dar nada para ele, aí como eu vou trabalhar, como que o guri vai ficar sem tomar nada? Vai chorar, vai ficar com fome, aí eu comecei a dar. Só que me disseram que tem muito conservante leite de caixinha, que era pra mim dar aquele de saquinho, porque de caixinha tem muito conservante, mas eu ainda tô dando aquele. Não fez mal para ele nada, ele faz cocô normal, não tem cólica nada, tá bem, vou continuar dando esse”. [Lívia]

No tocante ao emprego dessas mães, os locais de trabalho não oferecem estrutura para ordenha e armazenamento do leite.

“Eu tiro, às vezes (no trabalho), porque leite demais começa a doer, né. Eu não guardo, eu pego a maquininha e tiro lá porque até às 11h da noite, eu tenho medo que faça mal pra ele depois. Porque tem uma maquininha lá no serviço, aí eu levei a maquininha pra poder tirar [...]. “Não guardo, não tem, aí eu não trago pra ele”. [Lívia]

De acordo com o MS, durante as horas trabalhadas a mulher deverá esvaziar as mamas por meio de ordenha e guardar o leite em geladeira⁴². Todavia, essa realidade está distante das mães pesquisadas que não possuem local para ordenha das mamas, incluindo geladeira que permita o armazenamento do leite. Sendo assim, o leite ordenhado é descartado.

4.2 A FAMÍLIA COMO REFERÊNCIA NO ALEITAMENTO

O segundo tema está relacionado à família como base norteadora do cuidado leigo com o bebê prematuro tardio. Nessa perspectiva, bases culturais e relações sociais direcionam condutas de cuidado das puérperas com seus filhos. O tema é formado pelo descritor “crenças maternas” e pelo padrão “apoio familiar e crenças sobre a alimentação do bebê”.

4.2.1 Apoio Familiar e Crenças sobre a Alimentação do Bebê

Neste estudo evidenciou-se a pouca valorização da prática do AME pelas mães entrevistadas e o frequente desmame precoce.

As práticas de alimentação do lactente são assim classificadas pela OMS:

- aleitamento materno exclusivo (AME): LM (diretamente da mama ou ordenhado), podendo receber gotas, xaropes, vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;

- aleitamento materno predominante (AMP): predominantemente LM (diretamente da mama ou ordenhado), além de água ou bebidas à base de água e sucos;

- amamentação complementada: LM e outro alimento sólido ou semissólido, inclusive leite de origem não humana;

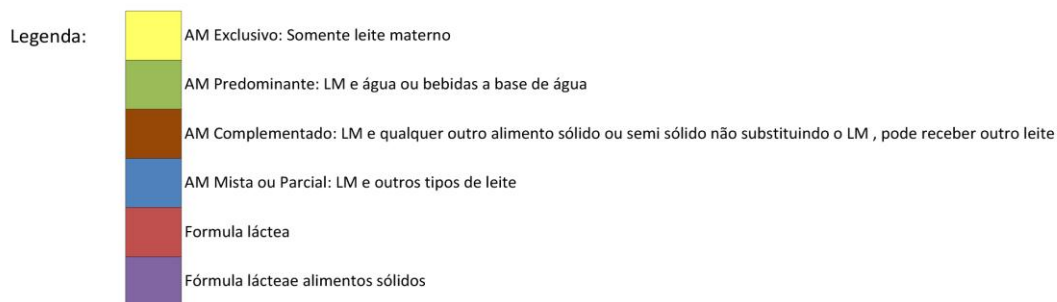
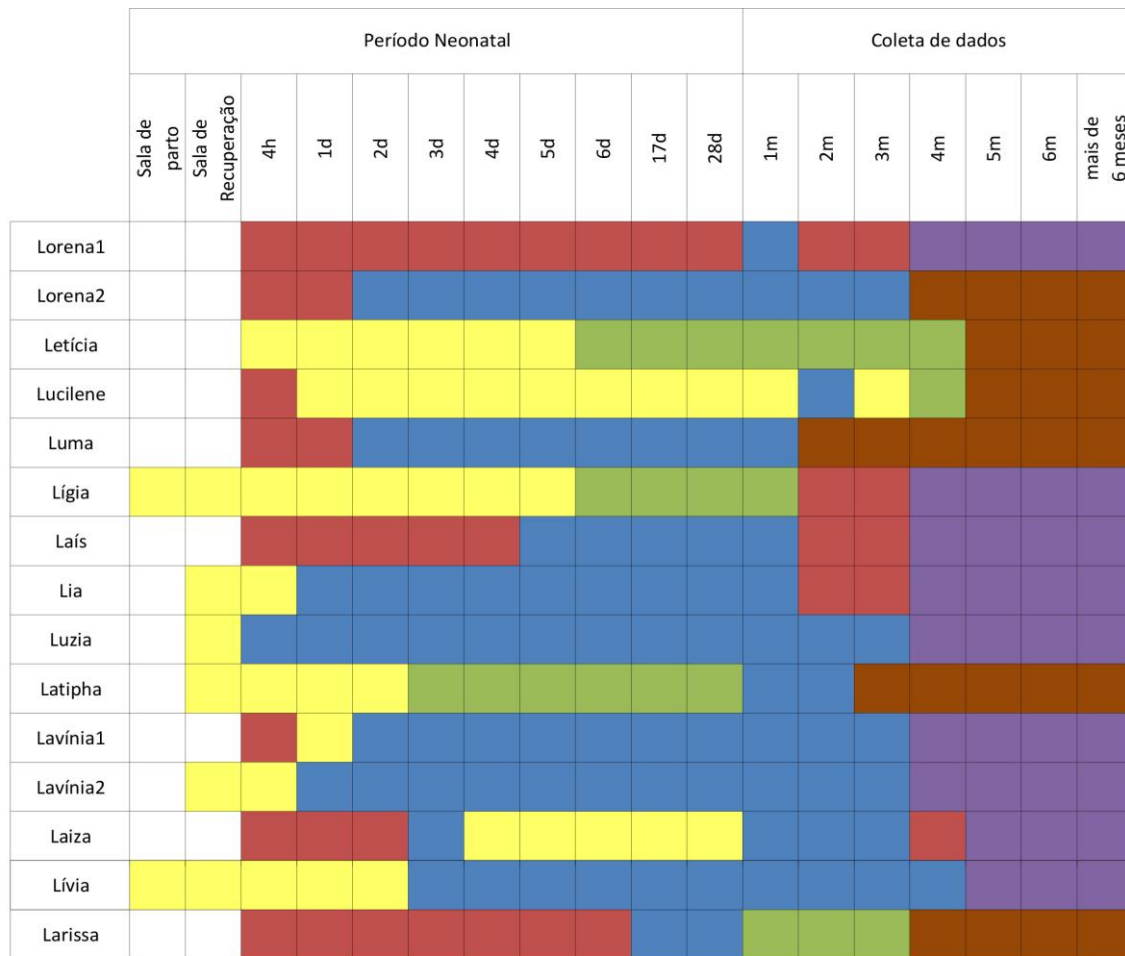
- aleitamento materno (AM): LM (diretamente da mama ou ordenhado) e qualquer outro alimento ou líquido.

- alimentação com mamadeira: qualquer líquido (incluindo LM) ou alimento semissólido oferecido por mamadeira.

No presente estudo considera-se: aleitamento materno misto ou parcial, quando a criança recebe LM e leite não humano; alimentação com fórmula láctea, quando a criança recebe apenas leite não humano e alimentação com fórmula láctea; e alimentos sólidos, quando a criança recebe leite não humano e outros alimentos sólidos ou semissólidos.

A Figura 1 mostra a predominância do tipo de leite ofertado e aceito pelos bebês prematuros.

Figura 1 - Predominância do tipo de leite ofertado e aceito pelos bebês prematuros tardios



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Observa-se que somente dois bebês foram estimulados a mamar em sala de parto. Mesmo considerando-se que alguns RNPTT foram encaminhados à UTIN devido a problemas clínicos de saúde, observa-se que a prática do contato mãe/bebê e o estímulo ao AM, em sala de parto, não ocorre rotineiramente nas duas instituições de saúde investigadas.

A seguir, apresenta-se a análise dos relatos das 13 mães no que concerne ao tipo de leite ofertado e aceito pelos bebês prematuros, referente à Figura 1.

A mãe Lorena não recebeu nenhuma orientação sobre amamentação durante a gestação. Como mãe de gemelares, ela viveu a separação dos seus filhos: um bebê foi para a UTI neonatal, e o outro permaneceu no alojamento conjunto ao seu lado. O bebê da UTI recebeu fórmula, já o irmão gemelar que permaneceu com ela no quarto, embora tenha recebido fórmula láctea, teve maior contato com o leite da mãe. Os bebês tinham dificuldade de pega, e ela não sabia o motivo, que era provavelmente em função da dificuldade de sucção, relacionada ao fato de serem RNPTT. Segundo o seu relato, as dificuldades aumentaram e ela não recebeu orientação profissional sobre como lidar com a fome dos dois bebês ao mesmo tempo.

“Quando eu consigo eu dou o peito e quando dá, eu faço a mamadeira. Ainda não ta especificada uma coisa só. Eu dou a teta pra, um e meu marido dá a mamadeira pra outro”. [Lorena]

Letícia manteve o AME até o quinto dia de vida do bebê, e depois a avó materna começou a ofertar chá de funcho para cólicas. Acreditava que o seu leite era fraco, pois o bebê chorava muito, mas continuou ofertando a mama. Não introduziu outros leites, e, aos cinco meses, o bebê recebia outros tipos de alimento.

“Ali, no posto, não me disseram o que dar para o bebê comer e beber, quem diz pra mim é a minha mãe só”. [Letícia]

Lucilene esteve com o filho internado na UTIN, e a primeira vez que ele recebeu LM foi 24 horas após o nascimento. Durante a gestação participou de palestras no hospital e foi orientada sobre amamentação.

“Ah, elas falavam (as profissionais do hospital), muita coisa assim, é que eu não me lembro, mas bastante coisa elas me orientaram, era muita coisa, até ficava um pouco tranquila, ficava mais segura assim, aí teve uma palestra uma ou duas vezes, se eu não me engano sobre a gravidez assim, amamentação, parto, essas coisas assim explicando, era uma palestra antes das consultas, tinha uns banquinho ali e ali, é bom porque eu tirei dúvida ali, aprendi bastante coisa, foi bom”. [Lucilene]

Aos dois meses de vida do bebê, Lucilene tentou incluir outro leite, mas ele não aceitou. Disse que não foi orientada sobre lactação no Posto de Saúde, e introduziu água aos quatro meses, acreditando que a introdução de alimentos aos cinco meses ajudaria o bebê a se acostumar com a nova dieta.

Luma comenta que o seu bebê sempre recebeu fórmula láctea, e pelo fato de ter ficado internado quatro dias na UTIN ela poderia ter sido orientada para que amamentasse seu

filho. Conta, também, a história de insucesso na amamentação do outro filho. No momento da pesquisa, a mãe salientou a dificuldade para conseguir atendimento para o filho na ESF e pediu ajuda para as amigas sobre a alimentação adequada para o seu filho.

“Por causa que a primeira consulta dele eu fui, aí a doutora não foi, aí ela marcou. Aí, quando foi marcada tava chovendo muito e ventando, e como ele não tava doentinho eu fiquei com medo de sair com ele e depois ele acabar ficando doentinho. Daí eu peguei e não fui e tentei remarcar. Aí eu consegui remarcar, e, no dia que a gente marcou, eu cheguei uns cinco minutos atrasada, e ela não quis me atender! [...] Daí, tudo que o médico das minhas amigas está liberando pra elas eu já dou pro meu bebê também, porque ele é dias, 15 dias mais velho que os nenê das minhas amigas. Aí o médico delas tinha dito pra elas que era só a partir dos seis meses que era pra começar a dar alguma outra coisa além do peito, daí ela disse ah, mas eu vou ter que começar a trabalhar, né? Ele vai ter que ficar com outra pessoa tudo, daí o médico tá, então tu começa devagarinho, começa com uma frutinha, um suquinho [...] aí tudo que o médico fala pra elas eu faço”. [Luma]

Ligia diz que o seu leite não descia e por isso passou a dar leite bovino integral, fervido com aveia, e introduziu chá para cólicas. Não relacionou a sua conduta à orientação profissional.

Já, o bebê de Laís ficou internado na UTIN, e a mãe conta que tentou amamentá-lo no hospital e foi impedida, porque o recém-nascido recebeu LM pela primeira vez aos cinco dias de vida, e no próprio hospital foram oferecidas chupeta e mamadeira a ele. O bebê manteve-se em aleitamento misto até os dois meses de vida, quando começou a se irritar ao lhe ser ofertada a mama.

“Com dois meses, ele começava a se irritar, aí pegava e chorava assim, daí começou a se afogar, daí eu decidi não dar mais a mama” [Laís]

Lia relata que o bebê recebeu fórmula láctea devido à cesárea e à demora da apojadura. Entende a importância do LM e recebeu orientações, entretanto, acredita que a profissional que a orientou não sabia a respeito do seu dia-a-dia, da sua realidade e não poderia orientar condutas de saúde adequadas para a vida do seu bebê.

“Daí começou a descer o leite e daí, como tinha que atender marido, atender filho, então, pra eu não me sobrecarregar também mais ela, daí eu comecei a dar o complemento de aguinha com arroz, que daí foi receita da sogra [...] a aguinha de arroz com ninho, daí eu dei”. [Lia]

Luzia recebeu a orientação, no hospital, quanto a ofertar fórmula láctea após a amamentação, e a prescrição de fórmula láctea na alta hospitalar. Não havia conseguido

marcar consultas na ESF, por se tratar de um período de férias. As orientações sobre amamentação foram obtidas no centro espírita que frequentava. Conta que tinha medo de desagradar os profissionais de saúde e revelou a eles o que acredita que eles gostariam de ouvir.

“NAN. Falaram (no hospital) que era pra dar sempre depois da mamada”. [Luzia]

“Perguntaram se eu estava dando suplemento, mas eu falei que não, porque eles não gostam (risos)”. [Luzia]

Latipha não acredita nos profissionais da ESF e afirma que eles dão orientações errôneas no tocante à amamentação. A criança tinha ótima pega, e a produção de leite era adequada, porém, começou a ofertar chá para seu bebê com três dias de vida, pois, em sua percepção, os bebês sentem sede. Latipha não perguntava sobre suas dúvidas aos profissionais e era orientada pela família.

“Não, no posto não falaram nada, porque ela tá mamando no peito ainda. Daí, quando for assim, trocar (a alimentação) aí é pra mim falar com ela (a médica), quando ela (o bebê) começar a comer. Mas a maioria a gente não pergunta, né? A maioria a gente faz em casa, nem pergunta o que tem que fazer [...]” [Latipha]

Lavínia disse que tentou colocar os dois bebês juntos para mamar, mas não conseguiu, e a introdução de fórmulas lácteas aconteceu nas primeiras 48 horas de vida dos prematuros tardios. Ela conta que no posto não recebeu nenhuma informação a respeito do AM e supôs que os profissionais da ESF esperavam que ela tivesse sido orientada durante a internação dos bebês.

“Não, até porque não me falaram nada (os profissionais do posto), eles (os bebês) ficaram 13 dias lá (no hospital), de certo eles (do posto) acharam: está informada sobre tudo”. [Lavínia]

O bebê de Laiza ficou internado na neonatologia e utilizou sonda para receber leite. A partir do segundo dia de vida do bebê, ela começou a ordenhar as mamas e a ofertar leite para o bebê por mamadeira. Antes do primeiro mês de vida do bebê começou a dar a fórmula láctea devido à diminuição na produção de LM e por acreditar que, com a fórmula láctea, o seu bebê ficaria mais satisfeito e conseguiria dormir melhor.

“De noite, ele acorda só para mamar. Daí ele mama, agora que ele tá mamando na mamadeira ele dorme mais”. [Laiza]

O RN de Lívia apresentou hipoglicemia no hospital, todavia os índices glicêmicos foram normalizados com orientação de pega correta da mama durante as mamadas. Lívia teve complicações mamárias, o que prejudicou a manutenção da amamentação. Aos três meses de idade do bebê, ela introduziu uma colherinha de café no leite integral de caixinha, ensinamento da sogra, que acredita que leite puro não nutriria o bebê adequadamente.

“Foi minha sogra, ela disse que era pra começar, porque só o leite acho não vai sustentar, ele o leite de mamadeira. Aí como eu só chego às 11h da noite, aí eu comecei a dar aí eu coloco uma colherinha pequenina de café”. [Lívia]

Por outro lado, Larissa ofertou LM após seis dias de oferta de fórmulas lácteas. O bebê ficou internado em UTIN, onde recebeu alimentação por sonda orogástrica e mamadeira e, depois disto, apresentou dificuldade na pega da mama. A indicação de mamadeira também foi dada na alta hospitalar, e a mãe já vinha ofertando LM e a fórmula láctea, pois considerava que o bebê tinha muita fome.

“Era peito e mamadeira que ele tinha que pegar. Então, o doutor disse que eu tinha que continuar dando a mamadeira em casa, né? Até desceu o meu leite bastante, eu tenho bastante leite, mas eu prefiro ficar dando a mamadeira, porque ele mama a mamadeira e mais o peito, tá muito esganadinho. Depois que aprendeu a comer, esta comendo de tudo”. [Larissa]

A falta de conhecimento da mãe a respeito da qualidade e das vantagens do LM é referida como uma importante causa para o desmame precoce⁷⁵. Dessa forma, a falta de orientação profissional, no tocante às crenças pessoais e sociais, além das orientações profissionais equivocadas prejudica a manutenção do AME. Seguindo a mesma lógica, as complicações mamárias, os nascimentos gemelares e as dificuldades de pega do RNPTT agravam ainda mais as dificuldades de lactação por parte da puérpera que não recebe instruções e, muitas vezes, quando as recebe, estas não são geradoras de significado para estimular uma mudança de condutas e atitudes.

No presente estudo, o uso de chá é considerado fundamental pelas famílias para o cuidado do RNPTT. Cabe ressaltar que não houve relatos que sinalizassem fornecimento de chás aos bebês dentro da instituição hospitalar. No entanto, em suas casas, em momentos de percepção de cólica no lactente, o uso do chá torna-se um recurso comum, e uma mãe reconhece que essa prática é antiga.

“Por enquanto, ela (o bebê) não tem cólica, mas eu sou do tempo da vovó, eu adoro chá [...] então eu dou, ela sempre toma um chazinho [...] ela toma um chazinho de funcho, chazinho de camomila, toma chazinho de erva doce [...]”. [Lia]

O chá é utilizado para fins medicinais, contribuindo para a hidratação, resolvendo quadros de constipação, soluço e gripe.

“Agora não, mas eu já dei, de vez em quando assim eu dou um chazinho, quando faz aqueles dias muito quentes daí eu até dava um chazinho, claro que ela ainda tava no peito, então não tinha como ela se desidratar, então eu comecei a dar a mamadeira pra ela e, de vez em quando, eu ainda dou um chazinho pra ela” [Lia]

“O cocô dela tá molezinho [...] dei um chá aí o doutor disse que é normal porque ela é muito novinha. [...] Aí dei chá de camomila, e ela mamou um pouquinho só e não gostou muito [...] dei por conta. Ah, minha irmã disse pra mim que meu cunhado não deixava dá nada até os quatro meses, mas eu não, é normal criança sente sede, agora com quatro, cinco meses aí eu peguei e dei, ela mamou bem pouquinho de chá de camomila que eu dei pra ela”. [Latipha]

“Pra soluço, eu dou mamá pra ele, mamá no peito, e daí passa. Ou dou um pouquinho de chazinho que passa também”. [Laiza]

“Se gripou (o bebê), eles me deram o soro aquele, e daí eu comecei a dar chá, guaco, chá de funcho e soro que eles me deram [...]”. [Ligia]

Um estudo realizado em Cuiabá (MT) destacou o impacto de fatores socioculturais no AM. A referida pesquisa mostrou que, entre outros fatores, tomar chá, no primeiro dia de vida do bebê, em casa, representa maior risco de interrupção do AME aos 120 dias de vida⁸³.

Corroborando a pesquisa de Cuiabá, outro estudo, em Bocucatu (SP), cujo objetivo foi identificar fatores associados ao AME e aos motivos apresentados pelas mães para a introdução de alimentos nos primeiros quatro meses de vida, constatou que a introdução de chá na alimentação da criança é fator de risco para o desmame precoce e pode favorecer a ocorrência de diarreia, aumentando o risco de morbimortalidade⁸⁴. Destaca-se, que com o LM não é necessária a complementação com líquidos durante os primeiros seis meses de vida do bebê. O chá é recurso cultural desnecessário e inadequado, podendo causar diminuição do consumo de LM e, por conseguinte, o desmame precoce⁸⁵.

A OMS preconiza que a introdução de alimentos complementares à alimentação da criança ocorra por volta dos seis meses de vida. No presente estudo, a análise dos discursos demonstrou que a cultura familiar e social contribuiu para a introdução precoce de alimentos na dieta da criança, desconsiderando as orientações profissionais. Sendo assim, as famílias ofertaram alimentos aos prematuros, e a escolha ocorreu de forma intuitiva por familiares e amigos dessas famílias.

“Ele tá comendo caldinho de feijão, danoninho, banana raspada, mamão, ele toma na batida do leite e não gosta muito. Batata esmagada com caldinho de feijão lá de vez enquanto que ele come um pouquinho, mas mais é caldo de feijão, aí ele gosta. A enfermeira não me ensinou, a minha mãe que me ajudou. Acho que foi com uns cinco meses”. [Lígia]

Nessa perspectiva, no estudo que analisou as práticas alimentares de 18.929 crianças com menos de seis meses de vida que participaram da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, constatou a influência regional de alimentos oferecidos às crianças. Nas capitais das regiões Norte, Sudeste e Nordeste assinala-se o consumo precoce de papas e mingaus. A pesquisa enfatiza que essa prática, além de ser dispensável, poderá trazer agravos à saúde das crianças⁸⁶.

No que se refere à cultura da introdução da fórmula láctea, as mães procuravam “fortificar” as fórmulas lácteas, oferecendo aos seus bebês leite de origem não humana, com uma concentração diferente do que é prescrito, em geral maior do que é indicado na embalagem do produto.

“Dorme [...] é que nem eu te falei, eu boto uma colherzinha a mais de Nestogeno na água, fica mais, uma papinha mais forte [...], daí ele aguenta mais, não fica acordando de três em três horas, eu deixo ele bem tapadinho, daí ele dorme a tarde inteira. Quando é eu que faço a mamadeira, ele dorme bastante, quando é meu marido ele dorme pouco [...] que ele (o marido) bota direitinho assim, ele bota certinho, eu não, eu boto a mais que daí ele dorme a noite inteira, pelo menos de noite [...], e eu boto certinho que ele fica acordado de dia, daí eu tento fazer com que ele fique mais acordado de dia do que de noite” [...]. [Lais]

A fala acima revela as crenças das mães, estabelecendo condutas que não são compatíveis com a orientação do fabricante da fórmula láctea. Elas acreditam que um leite mais concentrado representa maior satisfação para os seus RNPTT e tomam atitudes intuitivas e sem qualquer respaldo científico ou profissional.

Quanto à cultura e às crenças sobre o LM, na recusa do bebê em se alimentar por meio da mamadeira, a mãe do RNPTT optou por recorrer a uma prática considerada inócua entre as mulheres da comunidade, a amamentação cruzada, ou seja, quando a bebê mama em outra mulher que não a sua mãe.

“Ah, eu saio outras vezes, mas, né? Eu tenho a minha tia que dá mama pra minha prima, então, de vez enquanto, ele não quer pegar mamadeira, aí ela dá o leite pra ele. Ele não quer pegar mamadeira e, como ela tem muito leite, ela dá pra ele até eu chegar né. [...] É tia, né? A gente não tem nenhuma doença, então não tem por que me preocupar, né? Agora, se ela tivesse alguma doença, não deixava.” [Larissa]

O relato acima aponta que a mãe fica tranquila com esse tipo de amamentação devido ao grau de parentesco e o fato de a tia parecer saudável e poder amamentar outro bebê. Na percepção da mãe, na família não há doentes e, por conseguinte, não há a preocupação com a transmissão de patologias pela amamentação cruzada.

O MS não recomenda que mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus⁶⁰. A amamentação cruzada é prática que pode trazer riscos à saúde do bebê, como a transmissão de doenças através do LM⁷⁵. O presente estudo mostrou igualmente que o profissional de saúde da ESF parece não ter conhecimento ou não valorizar a existência dessa prática, embora ela faça parte da cultura da comunidade.

Da mesma forma, uma investigação realizada em Cambé (PR) mostra a reprodução de práticas populares, como a amamentação cruzada por parte de mães adolescentes. A pesquisa sugere que essa questão seja abordada já no acompanhamento pré-natal para que o profissional de saúde oriente a mãe que, por sua vez, teria mais tempo para refletir sobre os riscos envolvidos nessa prática⁸⁷. O apoio da rede social estabelece condutas “promotoras de saúde”. As amigas da puérpera podem fazer o papel de educadoras e conselheiras em relação ao apoio à amamentação do RNPTT, servindo de exemplo.

“uma amiga minha, eu não aguentava mais a dor, já tava desistindo de dar mama, aí eu encontrei ela, daí ela deu o nome de uma pomadinha que uma médica receitou, que é Bepantol baby® que é pra assadura do bebê né, daí eu passei de uma mamada pra outra já deu diferença, não doeu tanto. E agora fechou”. [Larissa]

As falas abaixo também demonstram a importância da família no cuidado com o bebê e a importância da avó na orientação sobre a amamentação do lactente.

“A minha amiga começou a dar comidinha para o filho dela quando tinha quatro meses. Eu comecei a dar comida para ele, acho que ele tinha cinco meses, e eu falei “ué?, tão cedo”, é mas eu vou dar [...] Tem gente que, às vezes, fala que não, daí tu não fala. Não fala porque, assim, o pai e a mãe criaram um monte de filho, sabe o que vai fazer mal. Os médicos que arrumam coisa para, se bem que têm coisas que fazem mal, que se tu der menos quantidade, mas também não vai matar”. [Larissa]

“Quando fui consultar, ele estava com quatro meses, com uma doutora lá, que eu não gostei muito dela não, ela disse que era pra mim, se eu quisesse comprar aquelas papinhas prontas de vidro [pausa]. E eu, ah, totalmente sem noção, né, “ah, tá bom”. Mas, como minha mãe e minha vó têm mais experiência, vou mais pela minha mãe”. [Larissa]

Em uma pesquisa realizada com 601 puérperas, em um hospital universitário em Porto Alegre (RS), notou-se a influência das avós na prática do AM. No primeiro mês de vida dos bebês, os dados mostraram a associação entre o aconselhamento de avós paternas e

maternas para a descontinuidade do AME. O principal conselho das avós do estudo estava relacionado ao uso de chás e água ou de leites não humanos. Além disso, a falta de contato diário com as avós foi fator protetor do AM⁸⁸.

Um ensaio clínico randomizado, do qual participaram 323 mães adolescentes e seus recém-nascidos, e 169 avós maternas, sendo que 163 mães e 88 avós receberam cinco sessões de aconselhamento sobre aleitamento materno, apontou que essa intervenção adiou a introdução de leite não materno e alimentos complementares. Dessa forma, as sessões de aconselhamento que ocorreram nos primeiros quatro meses de vida do bebê configuraram-se uma estratégia eficaz para evitar a introdução de leite não materno e alimentos complementares durante os seis meses de vida⁸⁹.

Em outro estudo, no qual estavam envolvidos mães adolescentes, recém-nascidos e avós maternas foram realizadas seis sessões de aconselhamento acerca do aleitamento materno. Os participantes foram alocados em quatro grupos: mãe e avó não coabitam, sem intervenção; mãe e avó não coabitam, com a intervenção dirigida apenas para a mãe; mãe e avó coabitam, sem intervenção; e mãe e avó coabitam, com a intervenção dirigida a ambos. Essa pesquisa concluiu que várias sessões de aconselhamento sobre alimentação infantil nos primeiros quatro meses de vida do bebê após o parto, voltadas para mães adolescentes e avós maternas, em situação de coabitação, provou ser uma estratégia eficaz para adiar a introdução de água desnecessárias e/ou ingestão de chá na ingesta de crianças amamentadas⁹⁰.

Uma pesquisa que analisou dados de 18.929 crianças menores de seis meses de vida, as quais participaram da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, em 2008, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, mostrou que as capitais da Região Sul, regiões de clima frio, se destacam pelo consumo de chá por crianças nos primeiros seis meses de idade. Nas Regiões Norte e Nordeste, regiões de calor, o consumo de suco por esses bebês é muito comum. Já o consumo de leites diferentes do LM é mais frequente nas Regiões Nordeste e Sudeste, e a Região Sudeste apresenta a maior taxa de mortalidade infantil do Brasil. Além disso, nessa região, o estudo sinaliza o fato de que esse consumo é ainda mais frequente em crianças de baixo peso, portanto, mais vulneráveis, que se beneficiariam muito com o AME. Na Região Nordeste aparece o consumo precoce e desnecessário de mingaus. Essa pesquisa revela a força da cultura, crenças e crendices, transmitidas por pais, familiares e cuidadores, determinando práticas alimentares que são formadas, em sua grande maioria, na infância⁸⁶.

5 FORMULAÇÕES TEÓRICAS: A MÃE, A FAMÍLIA, A REDE SOCIAL E O PROFISSIONAL NA PROMOÇÃO E ESTÍMULO AO ALEITAMENTO MATERNO

A partir dos relatos dos participantes deste estudo observa-se que os profissionais não valorizam os aspectos peculiares da prematuridade tardia e as dificuldades da amamentação que lhe são inerentes. Dessa forma, as necessidades de cuidado, são banalizadas, tornando o prematuro tardio invisível aos olhos das instituições e dos profissionais de saúde. Associado a isso, evidencia-se pouca habilidade profissional para acolher a díade mãe-RNPTT no que se refere à promoção, proteção e apoio ao AM, tanto durante a permanência no hospital quanto nos primeiros seis meses, em casa.

A interrupção precoce da amamentação tem sido relacionada ao despreparo do profissional de saúde na orientação das mães, pouco conhecimento materno sobre as vantagens do AM, e ao suporte insuficiente diante das complicações, além da maior participação da mulher no mercado de trabalho e às fragilidades das políticas públicas na promoção da amamentação⁴⁴. Esta pesquisa que objetivou conhecer os fatores de risco para o prejuízo do vínculo mãe/bebê, na opinião de enfermeiros de uma unidade materno-infantil, identificou a prematuridade e o despreparo dos profissionais de saúde para sanarem as necessidades psico-biológicas-sociais da dupla mãe-bebê por, pelo menos, um terço dos enfermeiros. Para a quase totalidade desses enfermeiros, a não amamentação, na primeira hora de vida, prejudicou a formação do vínculo.

A interação do recém-nascido com suas mães nos primeiros minutos de vida é importante em virtude da formação de vínculo da mãe com o bebê, além de aumentar a duração de AM e reduzir a mortalidade neonatal. Entretanto, são as práticas hospitalares que estimulam ou não esse contato com a mãe. Sendo assim, o profissional é caracterizado como o ator principal nesse processo, e a falta de qualificação profissional pode desestimular o AM⁹¹.

Estudos com mães de recém-nascidos prematuros internados têm mostrado a falta de estrutura física adequada para a promoção e o apoio à amamentação. As rotinas e as normas hospitalares, como a separação da díade mãe-bebê, e a facilidade de oferta de leite não humano podem interferir negativamente na amamentação^{45,53}.

As razões para baixas taxas de AM entre prematuros internados estão associadas a critérios rígidos — o bebê precisar atingir determinado peso — e deve sugar a mama independente da habilidade motora oral do pré-termo. Além disso, os bebês permanecem por longos períodos internados, sendo que, em vários hospitais, ainda existem restrições à

permanência das mães acompanhando os seus bebês em UTIN, o que dificulta ainda mais a amamentação. A compreensão dos profissionais de saúde sobre a percepção das mães em relação a terem um filho prematuro é fundamental para que o cuidado seja eficaz. As orientações sobre o AM devem ligar os conhecimentos práticos aos conhecimentos científicos⁶⁵.

No âmbito hospitalar considera-se importante, também, que os profissionais sigam as diretrizes para apoio ao AM, a exemplo da IHAC⁵², estratégia que propõe diversas ações de promoção, proteção e apoio ao AM nas maternidades, contraindicando práticas que favoreçam o desmame precoce. Nos hospitais credenciados, as mães devem ser orientadas sobre as vantagens do AM e os problemas relacionados ao uso de leite não humano. É preciso dialogar acerca das dificuldades possíveis a serem enfrentadas nesse período e os problemas mais comuns no AM. Sendo assim, as mães podem ter acesso a informações básicas sobre a lactação e o estímulo à produção do LM¹⁷.

Contudo, o presente estudo mostra profissionais de saúde que deixam o AM em segundo plano, e as orientações sobre a amamentação para o momento da alta hospitalar. A formação profissional, ainda voltada para o paradigma biomédico, forma, frequentemente, profissionais que trabalham com a doença e pouco com práticas de promoção de saúde.

Estudo de coorte que incluiu 116 mães e os seus recém-nascidos pré-termos, internados em um hospital universitário de Porto Alegre (RS), revelou que o AME estabeleceu-se apenas após a alta hospitalar, durante a primeira semana em casa. No 14º dia, após a alta, 36,2% dos bebês estavam em AME; 55,2% se encontravam em AM; e 8,6% já tinham sido desmamados. Já no 28º dia, depois da alta, constatou-se que 25% dos bebês permaneciam em AME; 60,3% deles estavam em AM; e 14,7% não mamavam mais. O estudo destacou, ainda, que quase metade das mães pesquisadas começou a amamentar exclusivamente o filho nos primeiros 30 dias após a alta hospitalar, sinalizando a importância das visitas domiciliares de acompanhamento na atenção básica³⁰.

Um estudo realizado em Maceió (AL), com 82 mães de bebês prematuros e 90 mães de bebês nascidos a termo acompanhados por equipe multidisciplinar que assistiram ao prematuro, à sua mãe e aos familiares, com orientação adequada e suporte necessário para transpor as dificuldades, sendo oferecidas ações de proteção ao AM, aliadas à adequação das estruturas e funções estomatognáticas dos recém-nascidos prematuros por fonoaudiólogos, visando a contribuir para a apropriação e a coordenação das funções envolvidas no processo de amamentação, mostrou que é maior o tempo de AM e de AME entre os prematuros se comparados com crianças nascidas a termo. A taxa de desmame precoce foi de 19% entre os

bebês prematuros, e 53% entre bebês a termo. As questões, relacionadas à cultura e à educação foram as causas principais do desmame, e evidenciou-se o uso de chupeta e mamadeira².

O bebê prematuro não se parece com o filho idealizado, o que desencadeia sentimentos de culpa nos pais⁶⁵, de incompetência e de frustração, que se exacerbam se o RN for internado na UTIN. Sendo assim, o atendimento psicológico pode auxiliar os pais a enfrentarem os desafios que se impõem e a elaborarem a sua dor.

Percebe-se que há falta de preparo profissional para o atendimento à tríade mãe-bebê-família tanto em nível hospitalar quanto comunitário. O presente estudo mostra que o profissional de saúde, muitas vezes, não está assumindo o seu papel de cuidador. No entanto, o processo de trabalho das equipes de saúde na ESF deve ser caracterizado por um acolhimento com escuta qualificada, pela classificação de risco, pela avaliação das necessidades de saúde, e pelo quadro de vulnerabilidade. A referida política, a ESF, fala em responsabilidade profissional quanto a exercer uma assistência resolutiva, em prover atenção integral, contínua e organizada para os usuários do SUS, além de dar uma atenção à saúde no domicílio da população adstrita⁹³. Observou-se, no presente estudo, pouca escuta profissional, avaliação e orientação na saúde da díade mãe/bebê. A mãe recebe alta, e falta a implantação de um sistema adequado de referência e contrarreferência, pois mãe e RNPTT, dessa forma, não foram referenciados ao posto da ESF. Além disso, as mães entrevistadas não citaram atendimento domiciliar por parte da ESF.

O prematuro tardio continua necessitando de cuidado após a alta hospitalar centrado em suas necessidades específicas, o que nem sempre acontece de maneira eficaz. Nesse sentido, a visita domiciliar realizada por profissional qualificado e próximo às famílias, para exercer um cuidado mais efetivo, seria uma excelente estratégia para garantir o acompanhamento cuidadoso do RNPTT.

Os profissionais de saúde muitas vezes não demonstram preocupação genuína com o AM e não realizam um cuidado próximo à mãe do RNPTT, não correspondendo às expectativas maternas. A lacuna referente ao cuidado profissional inadequado é preenchida pelo apoio familiar e social³⁹. Desse modo, com influência de fatores ambientais, culturais e sociais, as orientações advindas da família e do meio social não condizem com as condutas já comprovadas na ciência da saúde.

A rede social e familiar da nutriz pode oferecer apoio ao AM, passando para a mãe que amamenta conhecimentos e valores. Por outro lado, a família e a comunidade também podem desestimular a amamentação. O profissional da saúde deve acolher a nutriz e a sua família, procurando compreender suas crenças e valores para poder desenvolver práticas educativas que façam sentido para a mãe e a família. A presença de membros da rede social da nutriz, durante as atividades de educação, pode contribuir para a promoção e a manutenção do AM.

Relatos mostram o descrédito do profissional perante a família, quando ele não conhece a rotina domiciliar da mãe, a qual acredita que seu leite é fraco. Riscos biológicos, associados ao ambiente social, acarretam uma influência marcante no nascer e no desenvolver do recém-nascido. Dessa forma, a condição de pobreza e outros fatores ambientais e culturais podem interferir no desenvolvimento e no cuidado do bebê, e intervir e orientar o cuidado exige maior conhecimento do ambiente. É a cultura, a crença, os valores que pais, familiares e cuidadores transmitem para as crianças⁸⁶, o que reforça a importância do preparo profissional e, conseqüentemente, da assistência profissional de qualidade para questionar hábitos alimentares e cuidados preestabelecidos pela família e pela comunidade na qual o RNPTT está inserido.

6 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Conhecer o cuidado leigo e profissional no AM de prematuros tardios propiciou grande reflexão sobre o papel da autora em relação aos cuidados prestados na qualidade de enfermeira assistencial. Ora enfermeira, mestranda em formação, ora enfermeira hospitalar, ora enfermeira ambulatorial, a realização deste estudo possibilitou a fusão dos papéis, originando reflexões que produziram crescimento pessoal e profissional.

Já, na coleta de dados, pôde-se constatar a invisibilidade do RNPTT, o que dificultou o início desta pesquisa, pois, nas ESF, muitos profissionais não sabiam que os recém-nascidos com baixo peso eram classificados como prematuros tardios. Além disso, as mães, inicialmente, confundiram as pesquisadoras com os profissionais das ESF e sentiram-se temerosas em relatar os seus descontentamentos em relação à assistência prestada no posto, quanto a uma possível represália ou serem julgadas ou criticadas e, eventualmente, hostilizadas por suas condutas. Em busca de dados fidedignos, barreiras foram vencidas e pôde-se conhecer um quadro de desvalor ao AM diretamente relacionado ao desmame precoce.

Sob uma perspectiva histórica, o ensino de alunos de graduação de enfermagem, nos anos de 1950 e 1960, orientava para a inserção do leite industrializado no cuidado à criança e ao neonato, o que caracterizou o ensino superior de enfermagem nessas décadas⁶³. Com a indústria de produtos que substituíam o LM, e na ausência de políticas de estímulo e promoção da amamentação, o desmame precoce atingia índices altos. Somente na década de 1980 os movimentos de organizações governamentais e não governamentais mobilizaram-se, no intuito de aumentar a prevalência de AM no Brasil. Dessa forma, pensa-se na necessidade e na importância da educação permanente para os profissionais enfermeiros, não somente objetivando a valorização do AME, mas, também, a forma de abordagem em defesa da amamentação em uma população que cresceu entre latas de fórmulas lácteas.

O presente estudo mostrou a distância entre as políticas e os programas públicos de assistência ao RNPTT e a sua mãe, e a realidade da assistência vivenciada por essa díade dentro e fora do hospital. Conforme já mencionado, em nível mundial, a OMS criou a IHAC, para promoção, apoio e proteção do AM, lembrando que a amamentação é a estratégia isolada de maior impacto na diminuição da mortalidade infantil⁵². Entretanto, observou-se que alguns passos dessa iniciativa não são seguidos pelas instituições hospitalares, de acordo com os relatos das informantes. E, em nível nacional, o estudo mostrou que, em muitos momentos, as instituições de saúde poderiam estar mais vinculadas aos preceitos do Programa de

Humanização no Pré-natal e Nascimento, o qual se baseia na humanização da assistência obstétrica e neonatal para um acompanhamento satisfatório do parto e do puerpério⁹².

A Rede Amamenta e Alimenta Brasil é uma estratégia de governo que poderá preencher essa lacuna. A estratégia propõe o uso de metodologia crítico-reflexiva para fortalecer, apoiar, planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao AM e alimentação complementar saudável nas unidades básicas de saúde⁴².

Seguindo a mesma lógica, o Método Mãe Canguru — atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso⁹²,— é um programa mundial que, entre outros objetivos, visa à melhoria do prognóstico do RN baixo peso, acompanhando a evolução de seu desenvolvimento físico e psíquico. Contudo, no presente estudo, as mães não fizeram menção ao estímulo ao AM, conforme preconiza o método, assim, sugere-se o Método Mãe Canguru como alternativa que pode ser implementada, em sua totalidade, pelas instituições de saúde para promoção e estímulo do AM e do AME, pois não houve amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida dos bebês em estudo.

Ao se refletir sobre a ausência do AME neste estudo percebe-se que, atualmente, há grande quantidade de produções bibliográficas, eventos, projetos de pesquisa, parcerias interinstitucionais com diversas universidades, com grupos de pesquisa, com programas de pós-graduação e com órgãos governamentais. Entretanto, em meio a tantas produções científicas e parcerias acadêmicas é inevitável pensar que os conhecimentos oriundos da academia e de profissionais graduados e pós-graduados não serviram para questionar a cultura, e que a prática familiar e social não se modificou, mantendo a prática de cuidados realizados no bebê e na criança desde a “época da vovó”. O estudo mostrou que, entre o saber legitimado e as crenças pessoais, as crenças pessoais ainda prevalecem.

O ensino em saúde, além de considerar os aspectos biológicos e individuais, deve considerar, também, o acesso à escola, à informação, ao lazer, à oportunidade de convívio, ao relacionamento interpessoal, e o direito à realização pessoal e ao sonho. Enfim, o ensino em saúde deve estar centrado no indivíduo em sua totalidade⁸⁹.

Neste estudo, buscou-se estimular a sinceridade e a verdade na relação entre o profissional de saúde e a mãe do RNPTT. Não é fácil mudar crenças, mas se torna algo muito desafiador fazer com que as pessoas saiam do senso comum e comecem a adotar práticas para a melhora da saúde dos bebês. Dessa forma, o profissional de saúde deve mudar o seu comportamento em relação às pessoas as quais ele atende e, com elas, traçar um plano para a assistência com qualidade do bebê, havendo, portanto, um crescimento e amadurecimento de ambos.

Acredita-se no estímulo ao AME com escuta profissional atenta e interessada, com orientações não verticalizadas, traçando um plano de estímulo ao AM, plano personalizado para cada família. Não somente o RNPTT deve ser visto, mas também a mãe tem que ser atendida em sua totalidade, dentro da família e da comunidade. Por conseguinte, defende-se, aqui, a visita domiciliar como ferramenta de cuidado nas ESF, as quais devem ser realizadas por profissionais qualificados, próximos às famílias, para exercerem um cuidado mais efetivo. Sugere-se o conhecimento do RNPTT e da mãe para além do contexto de sua realidade, de sua rotina de vida, além de suas crenças e das crenças e práticas de quem os cerca. Essas ferramentas podem auxiliar a promoção do AME.

Pensa-se, antes de tudo, que o foco da atenção ao usuário, no centro da assistência, é o sujeito e a sua família. Sendo assim, a adesão ao AME pode ser uma união entre a crença, a motivação pessoal, o vínculo com a equipe e as condições básicas materiais necessárias a essa conduta.

Este estudo deu voz às mulheres mães de RNPTT. Conhecer os cuidados leigos, relacionados ao RNPTT é fundamental para traçar novos caminhos de cuidado. O profissional, a partir disso, deve buscar ir ao encontro das reais necessidades da mãe, prestando-lhe um cuidado que a valorize em sua totalidade e, principalmente, em seu modo particular de ser e estar no mundo, sem negligenciar as questões sociais e culturais. Nesse contexto, o profissional que atende a mãe com empatia e acolhimento pode ter uma visão clara do indivíduo, da família e da sociedade em questão, para incentivar a lactação humana de forma viável e palpável. Sem dúvida, isso demanda tempo, envolvimento e trabalho.

Em suma, os cuidados leigos e profissionais pesquisados incentivaram, muitas vezes, o desmame precoce, o que significa uma perda tanto para bebê quanto para a mãe. O profissional da saúde precisa estar bem qualificado para enxergar o bebe prematuro tardio e o contexto em que este está inserido, atendendo às demandas da dupla mãe-bebê. Esses profissionais, portanto, precisam acreditar no poder da amamentação e perceber que o RNPTT é um RN com cuidados especiais e que a amamentação é fundamental para esses bebês.

O profissional pode distanciar-se das famílias, ao manifestar condutas e dar orientações únicas para todas, como se elas fossem idênticas. Acredita-se que está na hora de encurtar distâncias, e que o profissional deverá estar preparado não somente com bases científicas sólidas, mas também para atuar na proximidade com a mãe, com o prematuro, a família e a comunidade. A temática, sem dúvida, não está esgotada, e recomenda-se a

elaboração de estudos que abordem o AM do RNPTT, principalmente no que tange ao aumento das suas taxas no Estado do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

1. Simioni ADS, Gelb LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev Bras Enferm.* 2008;61:645-51.
2. Silva, W F, Zelita Caldeira FG. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev CEFAC.* 2013;15:160-71.
3. Ruiz RJ, Marti CN, Pickler R, Murphey C, Wommack J, Brown CE. Acculturation, depressive symptoms, estriol, progesterone, and preterm birth in Hispanic women. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15:57-67.
4. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva:WHO; 2012.
5. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C, GAPPS Review groups. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10 Suppl 1: S1.
6. Carvalho HMB. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. *Rev Saúde Criança.* 2011; 3:14-8.
7. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:957-64.
8. Jobim R, Aerts D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2000-2003. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:179-89.
9. Tsai ML, Lien R, Chiang MC, Hsu JF, Fu RH, Shu SM et al. Prevalence and morbidity of late preterm infants: current status in a medical center of Northern Taiwan. *Pediatr Neonatol.* 2012; 53:171-7.
10. Stacy B, Daniel W, Betran AP, Merialdi M, Harris RJ, Wojdyla D et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ.* 2010; 88:31-8.
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) [Internet], 2013 [acesso 04 jan 2014]; Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Default.aspx>
12. Barros F. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad Saúde Pública.* 2004; 24:390-8.

13. Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, Monteiro CA, Barros FC, ScwarzwaldCL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios [Internet]. *The Lancet: Série Saúde no Brasil*. 2011;2:32-46. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
14. RIPSAs Rede Internacional de Informações para a Saúde [Internet]. Brasília; c2014- [acesso em: 24 jan 2014]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br>
15. Rugolo LMSS. Manejo do recém-nascido pré-termo tardio: peculiaridades e cuidados especiais [Internet]. Botucatu/SP; 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf>
16. Araujo ODD, Cunha ALd, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2008;61: 88-92.
17. Kao APOG, Guedes ZCF, Santos AM. Características da sucção não-nutritiva em RN a termo e pré-termo tardio. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16:298-303.
18. McIntire DD, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol* 2008;111:35-41.
19. Procianoy RS. Prematuros tardios: epidemiologia e problemas mais comuns. In: 34º Congresso Brasileiro Pediatria; 2009 out. 8-12; Brasília; 2009. 5 f.
20. Barbosa LM, Souza NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Rev Saúde Públ*. 2007;41:704-10.
21. Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27:207-18.
22. Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol*. 2006;30:2-7.
23. Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, BarrosAJD, Victora CG, Barros FC. Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. *BMC Pediatr*. 2009;9:71.
24. Monagle P, Chan AK, Goldenberg NA, Ichord RN, Journeycake JN, Novak-Gotii U, et al. Antithrombotic therapy in neonates and children: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl): e737S-801S.
25. Frota MA, Costa FL, Soares SD, Albuquerque CM, Sousa Filho AO, Casimiro CF. Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev Rene*. 2012;10:61-7.

26. Organización Mundial la Salud. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias la salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington: OPS; 2010.
27. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: WHO; 2007.
28. Bosi MLM, Machado MT. Amamentação um resgate histórico. Cadernos ESP. 2005; 1(1):[9 telas].
29. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 1998;1:40-9.
30. Azevedo M. Padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
31. Levy L, Bértolo H. Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comitê Portugues para a UNICEF; 2008.
32. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Cad Saúde Pública. 2005;21:756-66.
33. Kim J, Unger S. Nutrition and Gastroenterology Committee Human Milk Banking. Paediatr Child Health. 2010;15:595-8.
34. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. Rev Saúde Públ. 2009;43:60-9.
35. Pineda RG. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. Breastfeed Med. 2011; 6:15-9.
36. Santos GFN. Prematuridade tardia: a nova epidemia. Nascer e Crescer. 2013;19:204-6.
37. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. Pró-Fono: Rev Atualização Cient. 2005;17:141-52.
38. Cloherty J, Eichenwald EC, Stark AR. Manual of neonatal care. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
39. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê com muito baixo peso. Texto Contexto Enferm. 2007;16:20-8.
40. Latva R, Lehtonen L, Salmelin RK, Tamminen T. Visiting less than every day: a marker for later behavioral problems in Finnish preterm infants. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158:1153-7.

41. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Santo LE. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr.* 2005;81:310-6.
42. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília; 2009.
43. Nascimento VC, Oliveira MIC, Alves VH, Silva KS. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2013;13:147-59.
44. Percegoni N, Araujo RMA, Silva MMSd, Euclides MP, Tinôco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Rev Nutr.* 2002;15:29-35.
45. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004;12:597-605.
46. Ludwig SM. Oral feeding and the late preterm infant. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2007;7:72-5.
47. Unicef Brasil [Internet]. Brasília; c2011 [acesso 08 abr 2011]. Dez passos para o sucesso do aleitamento materno; [aprox. 1 tela]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm
48. Cardoso ACA, Romiti R, Ramos JLA, Issler H, Grassioto C, Sanched MT. Método mãe-canguru: aspectos atuais. *Pediatria.* 2006;28:128-34.
49. Ministério da Saúde (BR). Normas gerais para bancos de leite humano. 2.ed. Brasília; 1998.
50. Maciel IVL, Almeida CS, Braga PP. Breastfeeding in the context of prematurity: the maternal speech. *J Nurs UFPE.* 2014;8:1178-84.
51. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006;19:623-30.
52. World Health Organization. Protecting, promoting and supportins breast-feeding. Geneva: WHO; 1989.
53. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* 2012;25:975-80.
54. Leininger MM. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1995.
55. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2004.

56. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde, 2004. (Projeto de desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8).
57. Pedron CD. O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia: fatores culturais relacionados ao período pós alta hospitalar [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
58. Porciúncula MB. Prematuridade tardia e o contexto da atenção pré-natal [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
59. Douglas MK, Kemppainen JK, McFarland MR, Papadopoulos I, Ray MA, Roper JM, et al. Research methodologies for investigating cultural phenomena and evaluating interventions. *J Transcult Nurs*. 2010;21:373S-405S.
60. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
61. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
62. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:e380-6.
63. Strapasson MR, Fischer ACS, Bonilha ALL. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS - relato de experiência. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1:489-96.
64. Silva SC, Silva LR, Mathias LFB. O tempo médio entre o nascimento e a primeira mamada: o ideal e o real. *Rev Eletr Enf*. 2008;10:654-61.
65. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45:1285-92.
66. Silva RV, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13:108-15.
67. Ostlund A, Nordström M, Dykes F, Flacking R. Breastfeeding in preterm and term twins -maternal factors associated with early cessation: a population-based study. *J Hum Lact*. 2010;26:235-41;quiz 327-39.
68. Sanches MTC, Buccini GC, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:953-65.

69. Ballestreri F, Bottaro S. Revisão sobre os benefícios e as controvérsias da dieta do recém-nascido pré-termo. *Rev Saúde Públ Santa Cat.* 2010;3(2):63-76.
70. Meirelles CAB. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um hospital amigo da criança. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:2001-12.
71. Cunha AJ, Leite AM, Machado MM. Breastfeeding and pacifier use in Brazil. *Indian J Pediatr.* 2005;72:209-12.
72. Espirito Santo LC, Köhler CV, Bonilha ALL. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública.* 2008;42:607-14.
73. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr.* 2007;83:241-6.
74. Souza MHN. A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
75. Freitas GL, Joventino ES, Aquino PS, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. *Rev Min Enferm.* 2008;12:461-8.
76. Giugliani ER, Espirito Santo LC, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Dev.* 2008;84:305-10.
77. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42:347-54.
78. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J Pediatr.* 2010;86:441-4.
79. Sousa L, Haddad ML, Nakano ANS, Gmes FA. Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46:472-9.
80. Silva IMD, Silva KV, Leal LP, Javorski M. Técnica da amamentação: preparo das nutrizas atendidas em um hospital escola, Recife-PE. *Rev Rene.* 2011;12:1021-7.
81. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da caderneta. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:583-95.
82. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de saúde da criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev Paul Pediatr.* 2008;26:106-12.
83. Silva SM, Escuderi MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública.* 2007;41:711-8.

84. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Complementary feeding practices to children during their first year of life. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15:282-9.
85. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília; 2002.
86. Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:2253-62.
87. Tomeleri KR, Marcon SS. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. *Acta Paul Enferm*. 2009;22:272-80.
88. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:141-7.
89. Oliveira LD, Giugliani ER, Santo LC, Nunes LM. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Hum Dev*. 2012;88:357-61.
90. Nunes LM, Giugliani ER, Santo LC, Oliveira LD. Reduction of unnecessary intake of water and herbal teas on breast-fed infants: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *J Adolesc Health*. 2011;49:258-64.
91. Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:69-78.
92. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:134-8.
93. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Aspectos biológicos. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso. Brasília; 2002. p. 35-103.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal** que pretende conhecer como acontece o cuidado das crianças que nasceram antes do final esperado para a gestação e o cuidado que suas mães tiveram durante a gestação. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Você responderá algumas perguntas e anotações sobre você e seu bebê, conhecer como foi o seu atendimento desde o pré-natal, além de consultar algumas informações em seu prontuário e em sua carteira de pré-natal e carteira de saúde do seu filho(a), sendo as mesmas fotografadas. Suas respostas serão gravadas em gravador digital. Esta entrevista terá duração em torno de 30 minutos. Posteriormente, iremos entrevistá-la novamente, em seu domicílio, no período de 90 e de 180 dias, para saber sobre a saúde do seu filho. As entrevistas serão passadas para o papel e após serão apagadas do gravador e ficarão guardadas em papel por cinco anos pelas as pesquisadoras. O seu nome não será divulgado em tudo que for dito e utilizado pela pesquisa. Pedimos licença para poder anotar alguns dados observados sobre a pesquisa. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação ou do seu bebê com o serviço de saúde. É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Caso você aceite participar da pesquisa. As pesquisadoras deste trabalho são as professoras doutoras Ana Lucia de Lourenzi Bonilha e Lilian Córdova do Espírito Santo e as alunas de doutorado e mestrado, Cecilia Drebes Pedron e Mariana Bello Porcincula, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Federal do Rio Grande do Sul. O telefone para contato é (051) 3308-5428, com o Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre, pelo telefone 51- 32895517 / 91441379.

Data.....
 Local:.....
 Nome do sujeito de pesquisa:.....
 Assinatura do sujeito de pesquisa:.....
 Assinatura das pesquisadoras:

.....

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador(a) responsável.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
 Verificação autorizada
 CEP/RS/MS
 11 / 10 / 2011
 REG. W. CEP 092

Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA – MÃES DAS CRIANÇAS PREMATURAS

1ª Entrevista:

Data: _____ Local: _____ Pesquisadora: _____

Sobre a mãe:

- Como foi o teu cuidado na gravidez?

1. Como foi o teu cuidado durante a última gravidez?
2. Fez pré-natal? Se sim, fale sobre ele. Se não, fale sobre o motivo.
3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação; sono e repouso; atividades físicas; trabalho; lazer; atividade sexual; religiosidade; cuidado do lar; orientações de saúde; e vestuário.

Sobre o bebê:

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio?

1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?
2. Como é cuidado o teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.
3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica?

1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.
Já fez consulta com o bebê? Coletou teste do pezinho? Quais orientações foram dadas sobre as vacinas?
2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/ amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

2ª Entrevista:

Data: _____ Local: _____ Pesquisadora: _____

Sobre o bebê:

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**

1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?
2. Como é cuidado o teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.
3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**

1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.
2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/ amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

3ª Entrevista:

Data: _____ Local: _____ Pesquisadora: _____

Sobre o bebê:

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**

1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?
2. Como é cuidado o teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.
3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**

1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.
2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/ amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

APÊNDICE C – Ficha de Coleta de Dados

Unidade: Prontoário: Número da Entrevista:
 Data: Início:..... Término: Agente de Saúde:
 Endereço:..... Fone:
 Nome:
 Idade: Situação conjugal: RN ficou internado:
 Nome do RNPT: Abortos: DN: .../.../.....IG:
 Tipo de Parto: Ganho de peso na gestação:..... Acompanhante no PN:
 Teve acompanhante no parto: 1ª Mamada:
 Motivo do parto prematuro:
 Realizou pré-natal no posto: Nº de consultas: Foto carteira:
 Acompanhamento puericultura: Foto carteira:
 Número de filhos: Idade dos filhos:
 Com quem reside:
 Atividade principal: Renda per capita familiar:
 Tipo de moradia: Religião:
 Hábitos de lazer:
 Tipo e condições de moradia- número de cômodos, água, luz:

 Serviços de saúde que utiliza:
 Quem auxilia no cuidado ao bebê:

ANEXO A – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ)



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

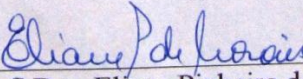
Projeto Docente: 11/2011
Versão Mês: Jun/2011

Pesquisadores: Profa. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha,
Profa. Lilian Cordova do Espírito Santo
Acadêmicas: Cecília Drebes Pedron,
Mariana Bello Porciuncula

Título: O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL NA PREMATURIDADE: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 28 de junho de 2011.


Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS

**ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura
Municipal de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Registro no CEP: 692 **Processo N°:** 001.039956.11.3

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – ESF Santa Tereza e a ESF Osmar Freitas

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.039956.11.3, referente ao projeto de pesquisa: “**O cuidado leigo e profissional na pré maturidade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós natal**”, tendo como pesquisador responsável Ana Lucia de Lourenzi Bonilha cujo objetivo é “Identificar o cuidado leigo e profissional relacionado à prematuridade, no período gestacional das mães de crianças que nasceram prematuramente e desses bebês até o sexto mês após a alta hospitalar no contexto da Estratégia de Saúde da Família”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/10/2011.

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP