



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
MATERNO-INFANTIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
2006 - 2007**



**MONOGRAFIA**

MON  
ESFH  
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE ESCOLA

PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

BANCO DE LEITE HUMANO: UM CAMINHO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE  
MATERNA E INFANTIL

Autora: Elenice Suzano da Fonseca Honorato

Orientadora: Danielle Aparecida da Silva

Co-orientadora: Miriam Pirim

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Rio de Janeiro

2007

U.F.R.J.  
MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE  
N. ADM. 712078  
N. SISTEMA 712078  
COD. BARRA



Resumo (OK)

Honorato, Elenice Suzano da Fonseca.

Banco de Leite Humano: Um caminho para a atenção à saúde materna e infantil/ Elenice Suzano da Fonseca Honorato. - Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2007.

vii, 42f.; 31 cm.

Orientadora: Danielle Aparecida da Silva

Monografia (Pós-Graduação Lato Sensu) – UFRJ/ Maternidade Escola/ Curso de Especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil 2007.

Referências Bibliográficas: f. 23-24; 33-34; 42-43; 46.

1. Banco de Leite Humano. 2. Aspectos emocionais vividos pela mãe do prematuro e a influência na interação mãe-bebê. 3. A especificidade do leite humano na nutrição do prematuro. 4. Vivências maternas sobre a ordenha do leite para o filho prematuro  
I. Silva, Danielle Aparecida da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título



## Agradecimentos

A Deus pelo dom da minha vida e da vida de todas as pessoas que contribuíram para que eu chegasse até aqui.

A Gesualdi, em especial, por todos os momentos que pude contar com a compreensão, a ajuda, a atenção, a paciência e o estímulo.

À Pedro e Miguel, por existirem e serem motivo da persistência na minha caminhada.

Aos meus pais, Avalci e Luzia, por serem responsáveis pelo meu alicerce, fundamentais para a construção do meu ser e eternos apoiadores.

A Danielle, por ter aceitado a colaborar desde o início da construção deste trabalho, sendo um exemplo de determinação, pela disposição e pela oportunidade de desfrutar de tamanho incentivo e inspiração.

À Profª Miriam Pirim, pela contribuição e dedicação no desenvolvimento desta monografia.

À Cristina, por tudo que me proporcionou, possibilitando a realização desta conquista.



## Sumário

Introdução .....	06
Objetivos .....	09
Metodologia .....	10
1. Banco de Leite Humano .....	11
1.1 Manutenção da lactação .....	12
Artigo I - “Aspectos emocionais vividos pela mãe do prematuro e a influência na interação mãe-bebê” .....	15
Artigo II – “A especificidade do leite humano na nutrição do prematuro” .....	26
Artigo III – “Vivências maternas sobre a ordenha do leite para o filho prematuro” .....	36
Síntese dos artigos .....	44
Considerações finais .....	45
Referências bibliográficas .....	46
Anexos .....	47

## Introdução

A utilização do leite humano da própria mãe na dieta do recém-nascido prematuro é primordial para seu desenvolvimento e recuperação. Pode ser também um caminho para o envolvimento da mãe com a recuperação do filho hospitalizado, o que se torna um fator diferencial para a promoção da interação mãe-filho e da saúde materno-infantil.

A presença da mãe durante a internação do filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) possibilita o atendimento das demandas em relação à construção do “ser” desta criança e também à sua nutrição.

Em relação à construção do “ser”, Winnicott (1956) postula que o “bebê não existe sozinho”. Ele precisa de sua mãe para se construir como pessoa. A mãe se identifica com o seu filho para atender as suas necessidades de sobrevivência. Quando esta identificação é dificultada, a mãe precisará de ajuda para desenvolvê-la, a fim de evitar danos à saúde do seu filho.

A dificuldade referente à identificação com filho prematuro é uma realidade neste grupo de mulheres que não conseguiram levar a gestação ao termo. Para essas mulheres não houve tempo para adaptar as características do bebê idealizado durante a gestação às do bebê real. Além de nascer muito diferente do que a mãe imaginou, o bebê nasce frágil, pequeno, dependente de equipamentos da UTIN e apresenta risco de morrer. A princípio, a mãe não poderá oferecer os cuidados que o filho necessita para sobreviver. O bebê prematuro precisa ser hospitalizado para amadurecer e se adaptar à vida extra-uterina.

A hospitalização pode causar sentimentos de culpa e de incompetência na mulher, por não ter gerado um bebê saudável. Além disso, é comum o ambiente da UTIN causar estranheza à mãe do prematuro, levando-a a um estado de estresse emocional.

O aparato tecnológico utilizado para garantir a sobrevivência do bebê prematuro geralmente dificulta a aproximação da mãe com o filho internado, porque ela desconhece os equipamentos. Além de promover um distanciamento, que é prejudicial à interação mãe-filho, pode reforçar o sentimento de que ela nada poderá fazer para colaborar com a recuperação do filho.

Na pesquisa sobre a interação mãe-bebê prematuro, Davis e cols. (2003) concluíram que a ajuda às mães para colaborar com os cuidados ao filho prematuro durante a hospitalização pode promover benefícios a longo prazo para a relação mãe-bebê.



Outro benefício se encontra no estudo de Guex e cols.(2006), o qual refere que as relações precoces mãe-bebê podem melhorar o impacto do nascimento pré-termo.

Assim, a mãe do prematuro deve ser estimulada a se aproximar do seu filho através do toque e da fala, para se adaptar ao comportamento dele, principalmente a baixa responsividade destes bebês aos estímulos de sua mãe. O aleitamento materno é também uma das estratégias de aproximação, as quais não devem ser forçadas, ou seja, cada mulher tem o seu tempo próprio para aceitar e compreender o que está acontecendo. Caso contrário, a mãe dificilmente poderá atender as necessidades do seu filho.

Há que se considerar também que as relações de vínculo iniciadas na gestação foram interrompidas abruptamente com a ocorrência do parto pré-termo, que resultou um filho diferente do imaginado.

Em relação à nutrição do recém-nascido prematuro, sabe-se que o leite humano da própria mãe possui características nutritivas e imunológicas únicas (HODGE; PUNTIS, 2000) para atender suas necessidades fisiológicas e metabólicas e para o seu amadurecimento.

Estudos recomendam a nutrição trófica com o leite humano da própria mãe, por ser o alimento adequado para adaptar o sistema digestório imaturo à alimentação e oferecer proteção contra infecções.

O alto risco de morbidade do recém-nascido prematuro durante a hospitalização se deve à imaturidade de seus órgãos e sistemas, principalmente ao sistema imune. O leite humano possui fatores de proteção que complementam o sistema imunológico, contribuindo para menores taxas de infecção, menos tempo de hospitalização e aumento da sobrevivência.

Ademais, a dieta do prematuro com o leite da própria mãe garante benefícios ao desenvolvimento neuropsicomotor, à melhor interação mãe-filho e à amamentação.

Dentro deste contexto, a mãe pode se tornar participante do processo de recuperação do filho prematuro hospitalizado.

Com o uso do leite humano da própria mãe na dieta do recém-nascido prematuro, a mãe passa a ser valorizada pela equipe de profissionais envolvida com o atendimento do prematuro, por ser a fonte deste alimento. A mãe recebe orientações técnicas sobre a ordenha mamária e a manutenção da lactação, a fim de garantir a quantidade de leite para atender o consumo do prematuro.

O estado emocional da mãe influencia diretamente a produção e ejeção do leite humano, podendo estar acometido pelos sentimentos de incompetência, tristeza e medo de que o filho morra. A mãe dificilmente poderá contribuir com sucesso para a garantia do



volume de leite ordenhado necessário para a demanda do prematuro, mergulhada no estresse emocional gerado pelas condições de prematuridade do seu filho. Ela deve receber apoio dos profissionais na sua dificuldade em ordenhar o leite, sem se sentir obrigada ao atendimento desta demanda.

A ordenha mamária geralmente é relatada pela mãe como um procedimento que gera dor. A dor pode ser exacerbada pelas dúvidas e pela insegurança advindas do nascimento pré-termo e conseqüente hospitalização do filho.

Logo, a mãe precisa ser ouvida e receber o suporte dos profissionais para que possa se sentir segura e assim se envolver com a recuperação do filho hospitalizado, através do seu leite.

O nascimento pré-termo, a conseqüente hospitalização e a separação do bebê podem gerar na mulher sentimentos que interferem não só na manutenção da lactação, mas também dificultam a interação mãe-filho. A qualidade da relação precoce mãe-filho na UTIN tem sido descrita como um fator de redução do estresse e melhora da auto-estima materna (GUEX e cols., 2006).

Assim como o recém-nascido precisa de sua mãe para melhor se adaptar à vida extra-uterina, a mulher precisa receber apoio para se identificar com seu filho e assim contribuir com a recuperação dele.

O Banco de Leite Humano tem um papel fundamental com as ações estratégicas de estímulo e apoio à manutenção da lactação enquanto o bebê não pode sugar diretamente o seio da mãe. Neste momento, a mulher pode expressar suas dúvidas e preocupações à cerca da sobrevivência do filho prematuro e do seu sentimento de incompetência. Apesar de reconhecer os benefícios de seu próprio leite, a mãe apresenta dificuldade em realizar a ordenha mamária. Na prática observa-se uma evasão das mães de prematuros no Banco de Leite Humano não sendo possível dispor de estoques suficientes do leite da mãe do prematuro.

Considerando a inserção da mãe no processo de adaptação do filho prematuro à vida extra-uterina como fundamental para o desenvolvimento infantil, este estudo quer ressaltar a assistência oferecida à mãe acompanhante do filho hospitalizado para ela se sentir envolvida nesse processo, numa perspectiva de integração das ações de atenção à saúde materna e infantil.

## Objetivos

Este trabalho se desenvolveu a partir da ótica da mulher que vive a hospitalização do filho recém-nascido prematuro, com os seguintes objetivos:

- Descrever a assistência do Banco de Leite Humano
- Identificar os sentimentos que a mulher vivencia pela ocorrência do parto pré-termo e da hospitalização do recém-nascido prematuro
- Justificar a especificidade do leite humano da própria mãe para adaptação do recém-nascido prematuro à vida extra-uterina
- Conhecer os sentimentos e as representações da mulher à cerca do ato de ordenhar seu leite para alimentar o filho prematuro hospitalizado.

## Metodologia

Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos científicos e teses na base de dados *Medline* do período de 1997 a 2007 com as palavras-chave: prematuro, mãe, leite humano e nutrição, além da consulta de livros textos relacionados às áreas de nutrição, psicologia e medicina sobre o tema.

O conteúdo teórico foi elaborado a partir de um texto descritivo sobre a assistência do Banco de Leite Humano a mulheres mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados e dos três artigos seguintes, cujos temas estão interrelacionados.

1º artigo de revisão intitulado “Aspectos emocionais vividos pela mãe do recém-nascido prematuro e a influência na interação mãe-bebê”

2º artigo de revisão com o título de “A especificidade do leite humano na nutrição do prematuro”

3º artigo confeccionado a partir da coleta de dados com uma abordagem qualitativa, denominado “Vivências maternas sobre a ordenha do leite para o filho prematuro”

A conclusão deste trabalho se deu a partir da síntese das considerações finais apresentadas pelos três artigos desenvolvidos.



## 1. Banco de Leite Humano

O Banco de Leite Humano (BLH) é um centro especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do leite humano para posterior distribuição (Portaria nº 171 do Ministério da Saúde de 2006).

Após o processamento, o leite humano pasteurizado é destinado prioritariamente para recém-nascidos prematuros ou de baixo-peso que não sugam, recém-nascidos infectados, especialmente com enteroinfecções, recém-nascidos com nutrição trófica, recém-nascidos portadores de imunodeficiência, recém-nascidos portadores de alergia a proteínas heterólogas e casos especiais (Portaria nº 171 do Ministério da Saúde de 2006).

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981 adotou o paradigma da amamentação reduzido às questões relativas ao aleitamento materno à dimensão biológica, considerando o ato de amamentar como instintivo, natural e biológico. (ALMEIDA, 1999).

A coleta, o processamento e a distribuição do leite humano passaram a assumir papel secundário na assistência dos Bancos de Leite Humano, a partir de 1985, quando houve uma ruptura do paradigma original que tinha a doadora e seu filho como meios para atingir seu objetivo principal: o leite humano. O PNIAM destaca o BLH como estratégia importante para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo como principal ação apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos e, nesse processo, tornam-se doadoras do excedente de sua produção de leite humano. A partir daí, a promoção da amamentação foi incorporada às ações assistenciais com ênfase especial em situações como prematuridade e o baixo-peso ao nascer, que comumente impedem a amamentação direta ao seio (ALMEIDA, 1999).

O fato de a mulher estar impedida de amamentar o seu filho influencia diretamente na lactação pela ausência da sucção e conseqüentemente à falta de estímulo dos hormônios para produção e ejeção do leite materno (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

O BLH através de suas ações de orientação e estímulo para a ordenha do leite humano e manutenção da produção láctea oferece um caminho para que a mulher se sinta participante do processo de recuperação de seu filho, mas para isso acontecer ela precisa de ajuda qualificada e apoio (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).



As ações de promoção de saúde desenvolvidas pelo BLH contribuem com a diminuição da morbimortalidade infantil, por ser o leite humano o único alimento que proporciona adequado crescimento e desenvolvimento do recém-nascido sadio e prematuro.

Os recém-nascidos prematuros ou de baixo-peso ao nascer internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) estão impossibilitados de ser amamentados diretamente ao seio materno, devido suas condições anatomo-físico-metabólicas imaturas. Cabe ao BLH o apoio, a orientação e o estímulo para a ordenha do leite humano para manter a lactação e oferecer o leite humano pasteurizado da mãe para o filho, enquanto este não pode sugar.

### 1.1 Manutenção da lactação

A partir da separação entre mãe e filho prematuro internado na UTIN, a alimentação com o leite materno é uma forma que essa mãe identifica como caminho para participar da recuperação do filho.

O contato pele-a-pele, a fala, o toque, a permanência da mãe junto ao seu filho na UTIN são estímulos fundamentais para manter a produção láctea da mãe. O ato de tocar, cuidar e observar o filho prematuro aumenta a autoconfiança e a competência da mãe para responder adequadamente ao seu comportamento (GUEX e cols., 2006).

A ordenha mamária precoce é um estímulo à lactação especialmente antes das 48 horas pós-parto, quando parece ser crítica para manutenção da produção láctea adequada. A ordenha do leite deve ser estimulada juntamente com as massagens nas mamas, no intervalo de 3/3 horas durante o dia, enquanto o seu filho está impossibilitado de sugar diretamente ao seio, e com a ingestão de nutrientes e de líquidos adequada (SERRA; SCOCHI, 2004).

A possibilidade de oferecer o seu próprio leite como o alimento que somente ela pode garantir ao seu filho gera muita satisfação. Todavia, é comum o relato de dor e a dificuldade para realização da ordenha. Na prática observa-se uma evasão de mulheres mães de recém-nascidos prematuros no BLH. Não basta oferecer informações quanto às técnicas de ordenha e a importância do leite materno para a recuperação do filho, se não for dada à mãe a oportunidade de falar, de se comunicar sobre suas dúvidas. Neste momento de dor e de tensão, deve se oferecer ajuda com o objetivo de mantê-la relaxada para melhor realizar a extração do seu leite. Muitas vezes o relato de dor traz uma questão implícita de ordem emocional, justificada por este momento de fragilidade em que a mulher se encontra. A partir da escuta e do acolhimento, existe a possibilidade de atendê-la na sua dificuldade, transmitindo segurança e apoio.

Há evidências de que o estresse, além de cessar a ejeção do leite, pode inibir sua secreção, quer diretamente pela inibição da prolactina, pela ingestão menor de nutrientes ou pela alteração no fluxo sanguíneo para as mamas (CARVALHO; TAMEZ,2002).

As informações e orientações fundamentadas na técnica e na biologia do processo de manutenção da lactação não apresentam eficácia, salvo quando associadas à escuta e ao apoio. A singularidade da mulher deve ser respeitada como ponto de partida para ajudá-la.

Diante de uma postura de escuta do profissional, a mulher sente o interesse deste em apoiá-la e assim desenvolve uma relação de confiança, permitindo a sua identificação como parte do processo de recuperação de seu filho, através da ordenha do seu leite.



Artigo I

## ASPECTOS EMOCIONAIS VIVIDOS PELA MÃE DO PREMATURO E A INFLUÊNCIA NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

Elenice Suzano da Fonseca Honorato\*

**Resumo:** O nascimento do bebê prematuro não é esperado durante a gestação. A gestante imagina e deseja que seu filho nasça saudável, e que saia da maternidade com o bebê no colo logo após o período necessário para seu restabelecimento. Ao contrário, o bebê prematuro precisa ser hospitalizado para se recuperar, ganhar peso e amadurecer. Muitas vezes o parto prematuro ocorre num período em que a mulher ainda não se preparou psicologicamente para assumir o papel de mãe. Ela precisa de apoio para se adaptar às necessidades do seu filho, que é muito diferente do bebê imaginado. Neste artigo foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, a fim de identificar aspectos emocionais da mulher vividos na fase do nascimento e da hospitalização de seu filho prematuro e a influência na interação mãe-bebê.

**Conclusão:** A equipe de profissionais envolvida no atendimento deve apoiar a mulher na sua singularidade, oferecendo o cuidado necessário para que ela compreenda a situação e possa se envolver com a recuperação do seu filho prematuro.

**Palavras-chave:** Mãe do prematuro. Prematuridade. Nascimento Prematuro. Interação mãe-filho.

---

### Introdução

O parto prematuro não é esperado durante a gestação. O desejado na gestação é que o bebê nasça a termo e saudável. Ainda que se trate de uma gravidez de risco, a atenção prestada durante o pré-natal visa que a gestação seja completa, devido à alta incidência de morbidade associada ao nascimento prematuro.

---

\* Nutricionista e aluna do Curso de Pós-Graduação Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da UFRJ

O parto prematuro ocorre entre a 22<sup>a</sup> e 37<sup>a</sup> semana gestacional e é uma grave ocorrência, por ser uma das principais causas de elevadas taxas de mortalidade perinatal (BARTILOTTI, 1997).

Segundo Andrade (2002), a gestação é acompanhada por representações maternas, as quais incluem suas fantasias, seus medos, seus sonhos, modelos e profecias para o futuro bebê, que são enriquecidas à medida que o bebê cresce e se desenvolve no útero materno. A partir do 7º mês de gestação, a mulher tende a ajustar suas representações mais positivas, tentando evitar possíveis desapontamentos frente ao bebê real. A mãe prematura não teve tempo para fazer esses ajustes e assim dará a luz a um bebê para o qual não foi preparada (ANDRADE, 2002 *apud* STERN).

Com o acontecimento do parto prematuro as relações iniciais de vínculo são interrompidas abruptamente, pois o bebê é separado de sua mãe para a sua sobrevivência (MACEDO, 2002). Muitas vezes isto ocorre quando o vínculo inicial ainda está no seu momento mais tênue (MATHELIN, 1999).

O bebê real, enfermo e debilitado, apresenta características físicas bastante diferentes daquelas do bebê imaginado durante a gestação, saudável e ativo. O prematuro precisa de cuidados especializados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), o que dificulta a interação da mãe com o seu filho (SILVA, 2002).

A mulher vivencia momentos de fragilidade com sentimentos de vazio, solidão e medo pela separação do seu filho, além de sentir-se culpada por não ter gerado um bebê saudável e a termo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A prematuridade pode gerar um impacto negativo à mulher, que deverá fazer o ajuste do bebê imaginário ao bebê real após o nascimento deste (ANDRADE, 2002).

O nascimento prematuro e a hospitalização são eventos altamente traumáticos para a mulher, que pode desenvolver estresse emocional e tem dificuldade de assumir o papel materno e sentir apego pelo bebê. (DAVIS e cols., 2003)

Durante a hospitalização o bebê precisa de sua mãe para se recuperar, e para isto é importante a interação da mãe com o seu filho. Somente após a formação do vínculo afetivo mãe-filho, a mulher poderá se identificar com o bebê e atendê-lo nas suas necessidades.

A mulher deve ser compreendida na sua dificuldade para a formação do vínculo com o seu filho. Não basta que a mulher receba informações técnicas sobre as condições clínicas do bebê para justificar a sua participação na recuperação dele e a sua presença na UTIN. Ela precisa ser ouvida quanto às suas dúvidas, sentimentos e dificuldades que a impeçam de se apegar ao seu filho (ANDRADE, 2002).



## Parto Prematuro

As transformações biológicas, psíquicas e sociais vividas na gestação geram conflitos para algumas mulheres. A mulher encontra soluções para tais conflitos que podem tanto desencadear transtornos emocionais quanto agravar os já existentes (BARTILOTTI, 1997).

A gestação pode ser vivenciada como situação estressante não só pelas mudanças orgânicas, mas também pela nova maneira de ser mulher com transformações emocionais.

Segundo Bartilotti (1997) os transtornos emocionais como a ansiedade e o estresse emocional acarretados pela ocorrência de vivências desprazerosas durante o ciclo gravídico podem antecipar o parto. O autor refere a prematuridade como uma das intercorrências clínico-obstétricas que possui estreita relação com estados emocionais maternos. A antecipação do parto é o resultado de uma dificuldade que a mulher apresenta em administrar psicologicamente seus conflitos como: mudanças orgânicas, novo papel, nova identidade, novo padrão de relação com o mundo que a cerca, os quais põem a prova a sua capacidade de adaptação.

O parto prematuro pode configurar situações emocionais distintas em relação à forma que a mulher o enfrenta. A mulher pode ter a sensação de alívio por ter conseguido salvar o bebê entregando-o aos cuidados da UTIN, quando a ameaça de perda se faz presente na gestação (RABELLO, 2003). A mulher também pode se sentir aliviada se ficar de repouso ou internada por longo período, tentando prorrogar o máximo possível a gestação para aumentar as chances do bebê nascer a termo (ANDRADE, 2002).

No período pós-parto é comum a mulher se sentir ansiosa no desempenho de suas funções maternas. O processo de parentificação<sup>1</sup>, ou seja, o *tornar-se mãe*, será colocado em prática. A mulher se torna mãe através dos cuidados dispensados ao seu filho (banho, troca de roupas, colo, amamentação, aconchego), se identificado com ele e passando a atendê-lo nas suas necessidades (ANDRADE, 2002).

A mulher mãe do prematuro apresenta dificuldade para se identificar com o seu filho por ser diferente do que ela imaginou e também pela separação conseqüente da hospitalização do bebê na UTIN.

---

<sup>1</sup> Designa o conjunto de processos psíquicos que ocorrem quando uma mulher torna-se mãe e depende de fatores psicológicos, biológicos, sociais e culturais (ANDRADE, 2002 *apud* SERGE STOLÉRU, 1989).

Andrade (2002 *apud* CAREL) relata dois tipos de manifestações emocionais vivenciados pela mulher após o nascimento prematuro: a “confusão existencial” e a “maternidade branca”, assim definidos

*Confusão existencial - a mãe pode sentir um vazio, sentir que lhe falta algo, podendo também vivenciar um mal-estar indefinível que pode ser acompanhado de uma discreta desorientação temporo-espacial e de relativa perda da realidade.*

*Maternidade branca – a mãe adapta-se imediatamente à ausência do bebê e não parece sofrer pela falta dele. A mãe pode vivenciar o parto como algo banal. (ANDRADE, 2002, p.184)*

Estas manifestações emocionais geram na mulher uma demanda de acolhimento, ou seja, de um ambiente que lhe ofereça o suporte necessário respeitando o tempo para ela assumir a sua função materna. A mulher deve ser informada sobre o que deseja saber, ser ajudada a tornar o seu bebê real e ser ouvida quanto à experiência que está vivendo (ANDRADE, 2002).

## **Hospitalização**

Os cuidados especializados na UTIN, com aparelhos de alta tecnologia, os quais a mãe desconhece, faz a mulher se sentir totalmente incompetente, sem nada poder fazer para contribuir para a recuperação do seu filho.

Além do sentimento de incompetência, a preocupação com a fragilidade do bebê e o medo que ele morra também são comuns durante a hospitalização.

O envolvimento com o bebê prematuro hospitalizado é difícil, pois a mãe é incapaz de compreender o que está acontecendo e de responder adequadamente à demanda do seu filho, o que pode acarretar sérias conseqüências para ele (BRUM; SCHERMANN, 2004).

O aparato tecnológico necessário para manter a sobrevivência do bebê muitas vezes impede o contato físico e afetivo da mãe com o bebê como tomá-lo ao colo, aconchegá-lo, amamentá-lo.

De acordo com Rabello (2003), ao ver o filho na incubadora dependente da aparelhagem para a sua recuperação, a mãe vê também uma barreira para relacionar-se com ele. Ao perceber que o filho corre risco de morrer, ela se sente em pânico e fica angustiada, pois está impedida da relação corpo-a-corpo com ele.



O ambiente da UTIN funciona como mais um obstáculo para a adaptação da mãe prematura, embora ela possa permanecer ao lado do bebê. Ela se sente sozinha, sem a família e com pessoas estranhas com as quais não consegue falar sobre a experiência que vivencia. Na UTIN, os seus conhecimentos maternos não são reconhecidos e valorizados como instrumento para auxiliar no diagnóstico e tratamento do bebê (RABELLO, 2003).

A mulher não consegue manter com o seu filho o laço afetivo iniciado na gestação, passando essa tarefa para os profissionais que cuidam dele.

Rabello (2003) considera que o impacto causado pelo aparato tecnológico instaura na mãe o medo de olhar para o bebê. Para a mãe, o tamanho deste aparato é proporcional ao tamanho da fragilidade do bebê, o que lhe causa medo, angústia e ameaça de perder o bebê, tornando o nascimento desse filho uma situação traumática.

Segundo Ferreira (2003), o tamanho do bebê pode representar para a mãe um resultado inesperado ou indesejado de uma gestação. Assim, no ambiente da UTIN a mãe pode se sentir privada de oferecer o “holding” tanto fisicamente quanto afetivamente e psicologicamente ao seu filho (ANDRADE, 2002), o que dificulta a interação entre eles.

Um outro aspecto a se considerar é que a mãe prematura não teve a preparação psicológica da gestação levada a termo, então ela pode ficar perdida ao deparar-se com o bebê desconhecido, temido e com possível risco de vida (SILVA, 2002).

Pesquisa realizada por Davis e cols (2003) refere o nascimento prematuro e a hospitalização como eventos altamente traumáticos para as mães. Muitas puérperas desenvolvem estresse emocional com características pós-traumáticas. Nesse estudo, mães de bebês prematuros freqüentemente relataram sentir-se despreparadas para a responsabilidade sobre seus bebês após a alta hospitalar. Concluíram que as mães podem apresentar ansiedade, depressão e medo que o filho morra, precisam de maior tempo que mães a termo para assumir o papel materno e sentir apego pelo bebê.

Outro estudo realizado por Padovani e cols.(2004) identificou sintomas de ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos prematuros, comparados em dois momentos: durante e após a hospitalização na UTIN. Foram avaliadas 43 mães sem antecedentes psiquiátricos, das quais 44% apresentaram sintomas clínicos durante a hospitalização e 26% apresentaram após a alta hospitalar. Verificou-se que os níveis de ansiedade diminuíram significativamente de 35% na primeira avaliação para 12% na segunda. Concluíram que as mães de prematuro apresentam ansiedade situacional e necessitam suporte psicológico para enfrentar a internação do bebê.



Segundo Winnicott (1956) a mãe emocionalmente deprimida e ansiosa encontra-se doente, ou seja, ela está incapacitada para desempenhar o seu papel. Ela requer ajuda especial da pessoa encarregada de assisti-la. Assim como a mãe normal carece de instrução, a doente carece de segurança.

Ajudar as mães a estabelecer seu papel tão precoce quanto possível, pode reduzir o estresse e a incapacidade da interação com seus filhos (REID, 2000).

Hurst (2001) cita que um dos maiores desafios na UTIN é estabelecer um cuidado que dê suporte às necessidades das mães tão bem quanto à seus bebês. Para isso, sugere que os profissionais devam entender as percepções, as expectativas e as necessidades maternas. Através da sua pesquisa, o autor demonstrou o sentimento de extrema vulnerabilidade emocional das mães na UTIN. A cada visita envolveu um grau de exposição emocional a elas.

No ambiente da UTIN, os pais encontram-se assustados e inseguros à cerca da sobrevivência dos seus filhos e em relação a que tipo de ajuda podem oferecê-los (BRUM; SCHERMANN, 2004).

A experiência da UTIN pode conferir risco para a qualidade da interação mãe-bebê (SILVA, 2002).

## **Vínculo**

O nascimento de um bebê prematuro é considerado uma situação de risco para o desenvolvimento do vínculo mãe-filho (BRUM; SCHERMANN, 2004).

A construção do vínculo da mãe com o seu filho se intensifica na gestação quando ela sente os movimentos fetais, conversa com o bebê, canta para ele, compra as primeiras peças do enxoval. Nessa fase também o pai e toda a família reconhecem a existência do bebê.

A ocorrência do parto pré-termo e a separação do bebê pela necessidade da hospitalização interrompem abruptamente as relações iniciais da gestação, o que dificulta a manutenção do vínculo mãe-filho.

Segundo Ferreira (2003), a mãe sente insegurança e medo de segurar e manipular seu filho e precisa se acostumar com ele. Acostumando-se com o seu filho prematuro e conhecendo-o, a mulher consegue se adaptar às necessidades dele e exercer seu papel de mãe.

Para Winnicott (1956) o bebê depende de sua mãe para sobreviver, pois “o bebê não existe sozinho” e para corresponder a esta necessidade, a mãe se identifica com o seu filho,

desenvolvendo o estado de “preocupação materna primária”<sup>1</sup>, sendo a pessoa mais adequada para cuidar dele.

O sentimento de insegurança pelo bebê ser frágil e doente e de medo que ele morra impedem a aproximação da mãe da incubadora onde se encontra o seu bebê, por não reconhecer o bebê real como o seu filho idealizado durante a gestação.

A mãe se culpa consciente ou inconscientemente pelo bebê que produziu e o bebê perfeito que perdeu, tornando nessa situação de risco muito difícil manter o vínculo com o bebê (BRUM; SCHERMANN,2004).

O luto do filho imaginário é muito mais difícil de ser feito pela mãe do bebê prematuro, quando não é impossível (MATHELIN,1999). Esta dificuldade distancia cada vez mais a mãe do seu filho, a impedindo de prover os cuidados efetivos ao filho prematuro e fazendo com que ela fique deprimida (SZEJER, 1999).

Enquanto estava no útero materno, o bebê se movimentava em resposta à fala e ao toque no ventre da mãe, o que se configurava como primárias formas de se comunicar, onde já se iniciava o vínculo da mãe com o bebê. Com a separação conseqüente do parto prematuro, durante a sua recuperação na UTIN, o bebê sentirá a necessidade de “rever” o elo iniciado no meio intra-uterino, sentindo-se confortado com a voz, o cheiro, o toque da mãe, que ele já “conhecia” antes de nascer.

As palavras que geralmente os pais falam para o bebê são necessárias para que a criança se construa (SZEJER,1999). Diante da ausência da possibilidade do contato físico com a mãe, necessário para a construção do vínculo, Szejer (1999 p.67) diz que “é indispensável que palavras venham paliar essa ausência”. Apesar da dificuldade inicial, a mãe deve ser encorajada e apoiada pelos profissionais de saúde a se aproximar do seu bebê para falar com ele e tocá-lo, percebendo assim uma continuidade da relação iniciada na gestação.

De acordo com o que refere Mathelin (1999), os membros da equipe devem avaliar não só o atendimento que fazem aos bebês como também aos pais, não se colocando no lugar de “bons pais”, mas primordialmente ajudando a mãe a elaborar a sua maternidade, nesse período de separação do seu filho.

---

<sup>1</sup> Condição psicológica da mãe que se desenvolve gradualmente e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final de gravidez e continua por algumas semanas após o nascimento da criança. (WINNICOTT (1956), 1988 p. 493)







## **Intervenções da equipe de saúde**

Apesar da necessidade do bebê prematuro em “reencontrar-se” com a mãe através da voz, do cheiro, do toque, os quais ele já “conhecia”, para sentir-se confortado no ambiente da UTIN, inicialmente a mãe terá dificuldade de responder a essa necessidade e a equipe deve colaborar como facilitadora para que o contato ocorra no momento oportuno.

A mãe não deve ser forçada a se relacionar com o seu filho. Ao contrário, a mãe deve ser compreendida e aceita pelos membros da equipe, sendo levada aos poucos a ocupar o seu lugar de mãe (MATHELIN, 1999).

Jamais deve-se criticar os pais na sua dificuldade de manter o vínculo com o seu filho prematuro, pois isso pode atrapalhar todo processo de adaptação de parentalidade, podendo a mãe se sentir inadequada, culpada, deprimida ou ressentida diante das críticas feitas pelo profissional de saúde (ANDRADE, 2002).

Somente identificando-se como mãe deste bebê real é que sentir-se-á capaz de cuidar dele. Este é um aspecto importante também no momento em que o bebê recebe a alta da internação para casa, porque a mãe poderá apresentar dificuldades para atender as necessidades do bebê, por não ter conseguido ocupar o lugar de mãe no período de hospitalização.

Mathelin (1999) resume a função do serviço de neonatologia como transformar coisas em palavras, ou seja, a autora diz que o papel do serviço é situar-se como terceiro, convencendo a mãe de que a incubadora convém ao seu filho prematuro e assim criando possibilidades, mesmo nestas condições, de se construir mãe.

O reinício precoce da relação psicológica entre mãe e filho, interrompida com o parto pré-termo, melhora a qualidade de vida do bebê e da família (MACEDO, 2002).

## **Considerações finais**

O estresse emocional da mãe causado pela dificuldade de enfrentamento à situação de prematuridade e hospitalização do seu filho pode ser um fator de risco para a interação mãe-bebê, por dificultar a elaboração da maternidade.

A equipe de profissionais deve se empenhar em ajudar a mãe a assumir sua função materna, possibilitando que ela compreenda a demanda do filho prematuro e potencializando a relação de interação mãe-filho. Assim, a mãe poderá se envolver no processo de

recuperação do seu filho, compreendendo a sua participação como promoção para o desenvolvimento saudável do bebê.

#### Referências Bibliográficas

ANDRADE, M. A. G. "Tornar-se Pai, Tornar-se Mãe: o Processo de Parentificação". In: *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*, Brasília: L.G.E., p. 167-187, 2002.

ANDRADE, M. A. G. "Nascimento Pré-Termo e Formação de Laços Afetivos". In: *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*, Brasília: L.G.E., p. 422-437, 2002.

BARTILOTTI, M.M.B. "Parto Pré-Termo". In: *Obstetria Psicossomática*. São Paulo: Ed. Atheneu, p. 179-183, 1997.

BRUM, E.H.M. de; SCHERMANN, L. *Vinculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco*. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 13 Dez. 2006.

DAVIS, T.H.; BARTLETT, T.R.; BLICKMAN, A. L.; MILES, M. S. *Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Premature Infants*. JOGNN Clinical Research v.32 n.2, 2003.

FERREIRA, S.L.C. *O Processo Decisório da Mulher sobre a Alimentação do Filho Prematuro: Uma mistura de Jeitos de Sentir e de Olhar*. Dissertação de Tese de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

HURST, I. *Mothers' Strategies to Meet Their Needs in the Newborn Intensive Care Nursery*. Jperinat Neonat Nurs 2001; 15(2) Aspen Publishers, Inc.

MACEDO, E. N. A. "O Surgimento e os Caminhos da Psicologia da Saúde Neonatal (PSN)". In: *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*, Brasília: L.G.E., p.458-474, 2002.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda : Clínica psicanalítica com os bebês prematuros* – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-peso: Método Canguru. Manual Técnico*, Brasília. 2002.

PADOVANI, F.H.P.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; DUARTE, G.; MARTINEZ, F.E. *Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal*. Revi. Brás. Psiquiatria 2004; 26(4).



RABELLO, A.M.M. *Construção subjetiva e prematuridade. Uma reflexão Teórico-Psicanalítica*. Dissertação de Tese de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

REID, T. *Maternal identity in preterm birth*. J Child Health Care 2000; 4; 23.

SILVA, R.N.M. da. “Aspectos Comportamentais do Bebê Pré-Termo na UTI Neonatal”. In: *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*, Brasília: L.G.E., p. 407-421, 2002.

SZEJER, M. *Palavras para Nascer: a escuta psicanalítica na maternidade* – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

WINNICOTT, D. W. “A Preocupação Materna Primária (1956)”. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 491-498, 1988.

WINNICOTT, D. W. “Desenvolvimento Emocional Primitivo (1945)”. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, p. 119-135, 1990.

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.



Artigo II

## A ESPECIFICIDADE DO LEITE HUMANO NA NUTRIÇÃO DO PREMATURO

Elenice Suzano da Fonseca Honorato\*

**Resumo:** O recém-nascido prematuro possui peculiaridades para o seu desenvolvimento em função da imaturidade de suas funções orgânicas, principalmente relacionadas à nutrição. Estudos referem o leite humano da própria mãe como o alimento ideal para o prematuro, considerando a sua imaturidade fisiológica, metabólica e excretora. Neste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, a fim de tratar da especificidade do leite humano para atender de maneira peculiar a demanda do bebê prematuro, justificando o leite humano como ideal para a sua recuperação e adaptação à vida extra-uterina.

**Conclusão:** O leite humano possui variações quantitativas e qualitativas de seus nutrientes o que garante a sua superioridade em atender as exigências nutricionais do recém-nascido prematuro. O leite humano da própria mãe é o alimento de escolha para a nutrição do prematuro por diminuir a morbidade e o tempo de hospitalização. O baixo estoque do leite da própria mãe do recém-nascido prematuro nos bancos de leite humano demonstra a necessidade de uma assistência qualificada à mãe, durante a hospitalização do filho prematuro.

**Palavras chaves:** Recém-nascido prematuro. Leite humano. Nutrição do prematuro.

---

### Introdução

O recém-nascido prematuro possui peculiaridades para o seu crescimento e desenvolvimento principalmente relacionadas à nutrição, devido a imaturidade de seus órgãos e sistemas.

Atualmente é consenso que o recém-nascido prematuro deve receber o aporte de nutrientes adequado para manter as taxas de crescimento e desenvolvimento conforme o padrão intra-uterino (HAY, 2005; GIANINI e cols., 2005).

---

\* Nutricionista e aluna do Curso de Pós-Graduação Atensão Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da UFRJ

Práticas nutricionais mais agressivas que priorizem o uso precoce da nutrição parenteral com maior teor de aminoácidos e da nutrição enteral trófica estão associadas com o sucesso nutricional em prematuros (VIEIRA, 2005).

A nutrição parenteral precoce em recém-nascidos prematuros é importante por suprir nutrientes e energia, a fim de promover a maturação do trato gastrointestinal, garantindo o seu desenvolvimento para a alimentação enteral, tão logo possível (LI e cols.,2007)

Durante o terceiro trimestre da gestação, o feto deglute líquido amniótico, o qual contém carboidrato, proteína, gordura, imunoglobulinas, eletrólitos e fatores de crescimento, além de ser bacteriostático, para promover o amadurecimento do seu trato gastrointestinal. A coordenação dos reflexos de sucção e deglutição para garantir tal processo ocorrerá a partir da 34ª semana gestacional. Sendo o bebê prematuro, principalmente nascido abaixo da 34ª semana gestacional, estará privado do armazenamento de uma boa reserva energética e de diferentes nutrientes, além do amadurecimento intestinal intra-útero.

A ausência da coordenação da respiração e dos reflexos de sucção e deglutição, a motilidade intestinal limitada e o esvaziamento gástrico lento são fatores que prolongam a hospitalização dos recém-nascidos prematuros (NEU,2006). Pois, é preciso que ocorra o amadurecimento destas funções para que o prematuro hospitalizado possa se alimentar diretamente ao seio de sua mãe. Então, a nutrição enteral através da sonda oro-gástrica deverá garantir o aporte de nutrientes necessários para atender o metabolismo aumentado destes bebês.

A utilização do leite humano para iniciar a nutrição do prematuro é aceita como um procedimento seguro e indicado. (VINAGRE, 2002)

Vinagre (2002) cita que o uso de fórmulas lácteas em prematuros logo após o nascimento resulta em mais vômitos e estase gástrica do que nas que se alimentaram com o leite humano, além de apresentar maiores riscos de infecção, problemas vasculares, embolismos, distúrbios metabólicos e colestase, além de calcificações no intestino, constipação grave ou mais raramente obstrução intestinal, no caso de algumas crianças com muito baixo peso que usaram fórmula mais precocemente.

O leite humano da própria mãe é o alimento que atende a necessidade do prematuro, considerando a sua imaturidade fisiológica, metabólica e excretora. Cada mulher produz leite humano especificamente de acordo com a demanda do próprio filho, com a composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos, o que representa uma adequação às peculiaridades fisiológicas do metabolismo do bebê prematuro (ALMEIDA,1999).



Este estudo tem por objetivo uma revisão da literatura nacional e internacional recente sobre a nutrição do recém-nascido prematuro, tendo como foco a utilização do leite humano da própria mãe para a sua recuperação e adaptação à vida extra-uterina.

### **Nutrição x morbidade**

Os avanços tecnológicos e o atendimento com profissional especializado em unidades neonatais garantem a maior sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, os quais permanecem hospitalizados por longo período para se desenvolver e se adaptar à vida extra-uterina.

O risco de morbimortalidade a que estão submetidos os bebês prematuros hospitalizados aumenta quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascer, devido à imaturidade dos seus órgãos e sistemas orgânicos. Assim, a prematuridade é considerada como maior determinante de morbidade e mortalidade neonatal (ADAMKIM, 2006).

As doenças e complicações da prematuridade, especialmente a displasia broncopulmonar e a enterocolite necrotizante grave entre outras, são responsáveis pela elevada morbidade e comprometimento da nutrição. A alta morbidade leva ao incremento das necessidades energéticas e nutritivas do prematuro, o qual já apresenta baixo aproveitamento e/ou oferta de nutrientes. Estes fatores acarretam numa deficiência cumulativa de proteínas e de energia nas primeiras semanas de vida, podendo influenciar no crescimento (RUGOLO, 2005).

A presença de doenças que aumentam as necessidades metabólicas, liberam fatores endógenos estimulantes de catabolismo e de desequilíbrio hidroeletrólítico e impossibilitam o uso do trato gastrointestinal é fator determinante de desnutrição em prematuros. Portanto, é imprescindível o manejo nutricional que vise minimizar os efeitos catabólicos e propiciar aporte hídrico e calórico suficiente para melhorar a adaptação do prematuro à vida extra-uterina (VIEIRA, 2005).

Vieira (2005) refere a nutrição como fator de prevenção de complicações à saúde dos recém-nascidos prematuros de muito baixo-peso e elenca 5 fatores relevantes como estratégias nutricionais para esta população, que são: o rápido crescimento; as funções imaturas de órgãos e sistemas orgânicos, a presença ou ausência de doenças, o baixo estoque corporal de nutrientes e as conseqüências de má nutrição neonatal.

A ausência de uma nutrição eficaz com oferta de calorias nos primeiros dias de vida, a fim de minimizar a perda maior que 20% do peso de nascimento, contribui para a

manutenção de um estado de catabolismo e estresse e influencia na evolução ponderal dos recém-nascidos prematuros (VIEIRA, 2005)

Invariavelmente o bebê prematuro sofre algum grau de desnutrição, devido à privação nutricional que experimenta extra-útero comparada ao aporte de nutrientes oferecidos intra-útero (CAMELO; MARTINEZ, 2005).

A desnutrição é uma situação de gravidade e determinante à adaptação e recuperação do prematuro por acarretar um aumento da morbidade e diminuir a sobrevivência. (GIANINI, 2001)

Estudos evidenciam a utilização da glutamina via enteral com a diminuição da morbidade em recém-nascidos, por este aminoácido estimular o sistema imunológico e proteger contra a sepse. (GIANINI, 2001).

Em estudo recente, LI e cols (2007) avaliaram os efeitos da suplementação de glutamina via nutrição parenteral sobre o crescimento e desenvolvimento, tolerância alimentar e episódios de infecção em prematuros e concluíram que esta suplementação pode encurtar o tempo de nutrição parenteral e de hospitalização e diminuir os episódios de infecção adquirida.

Entretanto, Gianini (2001) refere que a glutamina não está disponível em fórmulas parenterais ou lácteas, sendo o leite humano sua melhor fonte.

A alimentação do bebê prematuro deve considerar sua imaturidade fisiológica, metabólica e excretora, a fim de alcançar um padrão de crescimento ótimo, evitar infecções e deficiências nutricionais e obter desenvolvimento físico e neurológico ótimos a longo prazo (COUTINHO; FIGUEIREDO, 2001).

Muitas controvérsias existem relatadas sobre a melhor maneira de alimentar o prematuro, se considerando a idade gestacional corrigida, o padrão de sucção, o peso, entre outros. De acordo com o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria, a dieta ideal para o prematuro é aquela que garante taxas de crescimento intra-uterino, sem acarretar estresse e sobrecarga ao metabolismo e às funções excretoras.

O leite humano oferece maior percentual de nutrientes disponíveis para digestão e absorção, principalmente em relação à proteína, gordura e minerais. (SCHANLER; ATKINSON, 1999)



## **Especificidade do leite humano**

A literatura recomenda o leite da própria mãe como ideal para o bebê prematuro, citando benefícios ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, melhor interação mãe-filho, menor risco de aterosclerose, menores taxas de infecção, menor risco de enterocolite necrotizante, desenvolvimento do sistema imune, proteção contra patógenos nosocomiais via êntero-mamária, além da participação da mãe na alimentação do prematuro, o que é um estímulo para a lactação (CAMELO; MARTINEZ, 2005)

Estudo feito por Spatz (2006) demonstra que bebês vulneráveis cujas dietas foram exclusivas do leite da própria mãe tiveram menos infecções e menor permanência hospitalar. O autor cita o uso do leite humano na alimentação enteral em detrimento à fórmulas como boas práticas de nutrição para bebês vulneráveis. Recomenda o colostro para iniciar a alimentação por este ser rico em imunoglobulinas IgA, as quais fornecem proteção ao intestino prematuro, e se for fresco expõe o bebê às células sangüíneas brancas.

O uso do leite humano para prematuros está relacionado ao QI mais alto destes bebês do que o dos que usaram fórmula láctea, além do risco reduzido de doença alérgica nos bebês que têm história familiar de atopia (YU, 2006).

A mãe é capaz de produzir um leite com maior teor protéico do que calórico para atender a necessidade de construção e maturação celular dos seus órgãos vitais ainda imaturos, além de concentrações mais elevadas de sódio, cloro e cálcio, comparado ao leite da mãe de recém-nascido a termo (VINAGRE, 2002).

Existe uma variação na composição nutricional do leite humano que depende do estágio da lactação, da hora do dia, do período da alimentação, idade e nutrição materna, aspectos individuais da mãe lactante, assim como a idade gestacional do recém-nascido (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

A variação na composição do leite humano se deve também ao fato de ser uma mistura homogênea de três fases definidas como: fração emulsão (glóbulos de gordura), fração suspensão (micelas de caseína) e fração solução (constituintes hidrossolúveis), tornando-o um produto dinâmico, mutável, com características distintas e ajustáveis a cada momento que se encontra no peito (ALMEIDA, 1999).

O leite materno favorece um esvaziamento gástrico mais rápido e tem propriedades laxativas, propiciando uma melhor aceitação diante das limitações apresentadas pelo prematuro, como: menor capacidade gástrica, motilidade intestinal diminuída, imaturidade do



reflexo da cárdia, maior chance de refluxo gastroesofágico. (COUTINHO; FIGUEIREDO, 2001).

A imaturidade do sistema enzimático do prematuro pode dificultar o metabolismo de aminoácidos como fenilalanina, tirosina e metionina, cujo acúmulo pode causar danos ao cérebro. O leite materno oferece maior quantidade de taurina e cistina, que são aminoácidos essenciais importantes para o desenvolvimento do sistema nervoso central e da visão (COUTINHO; FIGUEIREDO, 2001).

A absorção de gorduras está dificultada devido a uma menor atividade da lipase pancreática, prejudicando o aporte energético e de ácidos graxos essenciais para o crescimento e desenvolvimento. A gordura presente no leite materno compensa essa imaturidade por conter maior quantidade de ácidos graxos insaturados, além de lipase específica (COUTINHO; FIGUEIREDO, 2001).

O leite humano oferece os ácidos graxos essenciais de cadeia longa ( $\omega 3$  e  $\omega 6$ ) na proporção da necessidade do recém-nascido prematuro, os quais são fundamentais para a formação de sinapses neurais e retina, e não estão disponíveis na fórmulas (DUTRA, 2006).

Quanto aos minerais, especificamente o cálcio e o fósforo estão presentes em pequenas quantidades no leite humano, porém sob a forma de íons e complexos que permitem a máxima absorção (SCHANLER; ATKINSON, 1999).

Prematuros alimentados com o leite humano tiveram diminuição das taxas de infecção, o que se deve a presença dos fatores específicos como a IgA secretora, lactoferrina, lisozima e oligossacarídeos, fatores de crescimento e componentes celulares no leite humano (CAMELO; MARTINEZ, 2005).

Os bebês prematuros alimentados com o leite de suas mães apresentam perfis fisiológicos de aminoácidos e lipídeos; têm melhor digestibilidade; maior absorção de gorduras e proteínas essenciais para o crescimento e desenvolvimento, inclusive cerebral; uma baixa carga renal de solutos (COUTINHO; FIGUEIREDO, 2001)

Gianini (2001) considera a oferta do leite da própria mãe como primeira estratégia nutricional para modular a resposta imune do recém-nascido prematuro, por reduzir a frequência e severidade de infecções respiratórias e gastrintestinais e conter anticorpos específicos contra patógenos nosocomiais.

O contato pele-a-pele da mãe com o prematuro deve ser estimulado para garantir a produção de anticorpos específicos, além de ser imprescindível para a ordenha do leite. No entanto, muitas mães não conseguem manter a lactação de forma a atender plenamente a demanda recém-nascido prematuro.



No estudo de Schanler e cols (2005), somente 27% das mães foram capazes de sustentar a lactação e garantir a oferta exclusiva do próprio leite de acordo com a necessidade do recém-nascido prematuro extremo. Este grupo de mulheres apresentava maior faixa etária, melhor nível de educação, maior poder aquisitivo, visitou a enfermaria mais vezes e praticou o contato pele-a-pele mais frequentemente. Estas observações sugerem a influência dos fatores sociais para a motivação materna em prover o leite necessário para a recuperação do recém-nascido prematuro.

A maior parte do estoque do leite humano no banco de leite é proveniente de mães de bebês a termo, que doam o leite excedente, cuja concentração de proteínas é menor comparado ao leite da mãe do prematuro.

As concentrações aumentadas de nutrientes no leite humano colostro da mãe do prematuro, como as proteínas, coincidem com a maior necessidade de nutrientes para atender o rápido crescimento e acréscimo tecidual do prematuro, equivalente ao crescimento intra-útero (SCHANLER; ATKINSON, 1999).

Estes dados corroboram com a afirmação de que o leite materno oriundo de banco de leite humano guarda ótima relação entre energia e as proteínas para recém-nascidos a termo e de peso adequado, porém não é o que ocorre com o recém-nascido prematuro (DUTRA, 2006).

Em relação a qualidade nutricional do leite humano após o processo de pasteurização, Vieira (2005) verificou a diminuição das concentrações médias de gordura e proteína. O baixo conteúdo energético do leite humano processado oferecido aos recém-nascidos prematuros de muito baixo-peso foi insuficiente para promover o crescimento e desenvolvimento adequado.

Apesar da inadequação, o leite humano é recomendado para os recém-nascidos prematuros de muito baixo-peso, devido aos benefícios aos mecanismos de defesa do organismo. O efeito protetor do leite humano contra infecções é observado com o uso do leite humano fresco e também do pasteurizado (SCHANLER e cols., 2005).

Muitos autores consideram o leite humano ordenhado diretamente da mãe e oferecido sem ser pasteurizado ao bebê prematuro como melhor a opção para alimentá-lo, já que assim oferece maior concentração de proteínas, eletrólitos, sódio, cálcio, magnésio e ferro, além de maior teor de gordura (VIEIRA, 2005).

Na ausência do leite da própria mãe, o leite de escolha para alimentar o prematuro deve ser de doadora com idade gestacional equivalente e por último o leite humano de pool,

ambos pasteurizados, pois o uso de leite humano doado de mães de recém-nascidos prematuros resultou em melhor crescimento. (YU, 2006).

É necessário considerar não somente a quantidade, mas a qualidade da nutrição do recém-nascido prematuro, uma vez que no leite humano encontra-se um maior potencial digerível e disponível para absorção da maioria dos nutrientes em relação às fórmulas lácteas e não lácteas (SCHANLER; ATKINSON, 1999).

O leite humano é específico para a espécie humana, não podendo as fórmulas para prematuros serem consideradas como substitutas, por não garantir disponibilidade de nutrientes, proteção imunológica e imunoestimulação, as quais são características próprias do leite humano (GIANINI, 2001).

### **Considerações finais**

O uso do leite humano da própria mãe na nutrição do recém-nascido prematuro garante benefícios únicos para adaptação à vida extra-uterina, diminuindo a morbidade e o tempo de hospitalização destes bebês. Ademais, serve como estímulo para a participação da mãe na alimentação do prematuro, para a manutenção da lactação e para a amamentação no momento oportuno. Todavia, o baixo estoque do leite da própria mãe do prematuro nos bancos de leite humano demonstra a necessidade de uma assistência qualificada à mãe, considerando os fatores psicossociais que influenciam na motivação materna para ordenhar o leite, durante a hospitalização do filho prematuro.

### **Referências Bibliográficas**

ADAMKIN, D.H. *Feeding problems in the late preterm infant*. Clin Perinatol, 33:831-837, 2006.

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

CAMELO, J.S.; MARTINEZ, F.E. *Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta*. Jornal de Pediatria (RJ, v.81(1), Porto Alegre, 2005.

COUTINHO, S.B.; FIGUEIREDO, C.S.M.F. "Aleitamento Materno em situações Especiais da criança". In: *Aleitamento Materno*. REGO J.D. São Paulo Editora Atheneu, 2001.



- DUTRA, A. *Medicina Neonatal*. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2006.
- GIANINI, N.O.M.; VIEIRA, A.A.; MOREIRA, M.E. *Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso*. J Pediatr; 81:34-40, Rio de Janeiro, 2005.
- GIANINI, N.O.M. *Práticas nutricionais nos recém-nascidos com menos de 1500gramas*. Dissertação apresentada ao Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre. Rio de Janeiro, 2001.
- Hay, W.W. *Nutritional requirements of the very preterm infant*. Acta Paediatrica; 94 (supl 449): 37-49, 2005.
- LI, Z.; WANG, D.; DONG, M. *Effect of parenteral glutamine supplementation in premature infants*. Chin Méd J; 120(2): 140-144, 2007.
- NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. *Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar*. J.Ped.;80(supl.5) Porto Alegre, 2004.
- NEU, J. *Gastrointestinal Maturation and Feeding*. Semin Perinatol; 30:77-80, 2006.
- RUGOLO, L.M.S.S. *Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo*. J. Ped.;81(1) Porto Alegre, 2005.
- SPATZ, D. L. *Use of Human Milk and Breast-feeding for Vulnerable Infants*. J Perinat Neonat Nurs; 20 (1):51-55, 2006.
- SCHANLER, R.J. e cols. *Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants*. Pediatrics; 116; 400-406, 2005.
- SCHANLER, R.J.; ATKINSON S.A. *Effects of nutrients in human milk on the recipient premature infant*. Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia; 4 (3), 1999.
- VIEIRA A. A. *Nutrição e crescimento do recém-nascido de muito baixo peso – um desafio para a prática perinatal*. Tese apresentada ao Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Doutor. Rio de Janeiro, 2005.
- VINAGRE, R.D.; DINIZ, E.M.A. *O Leite Humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro*. São Paulo Editora Atheneu, 2002.
- YU, V. Y. H. *Extremely Growth Restriction in Preterm Infants: Importance of Optimizing Nutrition in Neonatal Intensive*. Care Units Croat Med J; 46(5): 737-743, 2005.

Artigo III



## VIVÊNCIAS MATERNAS SOBRE A ORDENHA DO LEITE PARA O FILHO PREMATURO

Elenice Suzano da Fonseca Honorato\*

**Resumo:** O estudo objetivou conhecer o sentimento e as representações da mulher à cerca do ato de ordenhar seu leite para alimentar o filho prematuro hospitalizado, a fim de melhor apoiá-la neste contexto. Foi realizada uma abordagem qualitativa, obtendo-se os dados através da entrevista semi-estruturada com seis mulheres que realizavam ordenha mamária para seus filhos hospitalizados, com a seguinte pergunta norteadora: Como você se sente retirando leite para alimentar o seu filho? Os resultados foram obtidos a partir da transcrição dos dados, subdivididos em seis temas relacionados à experiência vivenciada durante a ordenha mamária. **Conclusão:** O estudo apontou para a necessidade de transformação do paradigma de inclusão da mulher no processo de recuperação do recém-nascido prematuro sob o aspecto biológico para o biopsicossocial, favorecendo a prática de atenção à saúde materna e infantil.

**Palavras-chave:** Ordenha mamária. Mãe do prematuro. Leite materno. Banco de leite humano.

---

### Introdução

A ordenha mamária é uma prática muito utilizada por mulheres que estejam produzindo leite humano excedente ou com alguma intercorrência nas mamas que necessite deste processo.

A prática da ordenha mamária também é estimulada pelo Banco de Leite Humano (BLH) para mulheres mães de recém-nascidos prematuros (RNPT) impossibilitados de sugar diretamente o seio materno, com o objetivo de manter a dieta destes bebês com o leite da própria mãe.

---

\* Nutricionista e aluna do curso de pós-graduação de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil da Maternidade Escola da UFRJ

Os Bancos de Leite Humano funcionam como elementos estratégicos para ações de promoção, proteção e apoio à amamentação (MAIA e cols., 2006).

O leite humano ordenhado é pasteurizado e estocado no BLH após controle de qualidade microbiológico e físico-químico para posterior distribuição aos RNPT e de baixo peso internados em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).

O leite humano da própria mãe é o melhor alimento para o RNPT, mas se pasteurizado deve haver controle cuidadoso da temperatura do tratamento térmico, mantendo intactos e disponíveis os componentes nutricionais e imunológicos únicos do leite humano (TULLY e cols.,2001).

Através da ordenha do próprio leite para alimentar o filho internado, a mulher se sente envolvida no processo de recuperação do RNPT, por ser o seu leite um alimento que somente ela pode oferecer.

Embora reconheçam a importância do leite materno, muitas mulheres mães de RNPT não conseguem manter a lactação suficiente para atender a demanda do filho durante a hospitalização. Sabe-se que os distúrbios emocionais e psicológicos interferem negativamente nos mecanismos desencadeadores dos hormônios prolactina e ocitocina, responsáveis pela produção e ejeção do leite materno. Logo, estando a mulher mãe do RNPT acometida pelo sentimento de incompetência e medo, por ter gerado um bebê frágil, pequeno e com risco de morrer, fatalmente o volume de leite ordenhado sofrerá injúria.

As informações e orientações dos profissionais do BLH para a manutenção da lactação, voltadas para o aspecto biológico, não permitem o suporte necessário neste momento de fragilidade por que passa essa mulher. Serra e Scochi (2004) citam que para o sucesso da manutenção da lactação a mulher mãe do RNPT deve se sentir segura e receber apoio dos profissionais e da família.

Poucos trabalhos contemplam as dificuldades da mãe do RNPT para manter a lactação e ordenhar o seu leite, enquanto o filho não pode sugar (JAVORSKI e cols., 2004).

A carência de estudos científicos juntamente com os questionamentos e reflexões surgidos na prática serviram como motivação para a realização deste trabalho. O objetivo foi conhecer o sentimento e as representações da mulher a cerca do ato de ordenhar seu leite para alimentar o filho prematuro hospitalizado, através da descrição das situações vivenciadas neste contexto, para melhor apóia-la.



## **Metodologia**

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, por esta privilegiar a ação dos sujeitos e apoiar-se na relevância dos aspectos subjetivos da ação social (JAVORSKI e cols., 2004 *apud* HAGUETTE).

O estudo foi desenvolvido no BLH de um hospital da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

O trabalho envolveu um grupo de seis mulheres mães de RNPT hospitalizados, com faixa etária entre 19 e 41 anos, sendo duas primíparas. A idade gestacional variou entre 31 semanas e 5 dias e 35 semanas e 6 dias, sendo quatro RNPT nascidos de parto normal. Somente uma das entrevistadas vinha de sua residência diariamente para acompanhar o filho internado. As outras cinco permaneceram no hospital após a alta.

Para a coleta dos dados foi confeccionado um roteiro de perguntas semi-estruturadas, cuja pergunta norteadora foi: Como você se sente retirando leite para o seu filho?

Os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais, gravadas e sigilosas, realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme exigência para pesquisas com seres humanos.

A análise dos resultados ocorreu após a transcrição na íntegra das entrevistas, a fim de buscar temas relacionados à experiência vivenciada durante a ordenha mamária.

## **Resultados**

A análise temática permitiu a divisão dos resultados em seis categorias diferentes em relação ao ato da ordenha mamária. São elas: superando a dor; medindo o volume de leite; sentindo-se obrigada; lutando contra a tristeza; temendo secar o leite e sentindo-se estimulada pela alimentação com leite materno.

### **Superando a dor**

A dor foi citada quase unanimemente nas falas das entrevistadas, seguida de uma superação pela recompensa de poder oferecer algo para a recuperação do filho.

F3 - *“É fácil, a única coisa é que dói.”*

F4 - *“... eu to tirando assim (pausa) eu não vou mentir que não é dolorido. É, mas pela minha filha eu faço tudo, né? Tiver que sentir dor, tudinho..”*

F5 - *“... mas enquanto tiver doendo eu vou tirando. Que dá uma dorzinha!”*

F6 - *“eu gosto de tirar, entendeu? Só que dói.”*

#### **Medindo o volume de leite**

O volume do leite ordenhado apareceu como um fator que gera preocupação em talvez não conseguir atender a demanda do filho.

F2 - *“... eu fico apertando pra ver saindo mais, né?”*

F6 - *“eu prefiro tirar ele empedrado do que ele normal, porque empedrado ele espirra e ele normal só fica pingando. O meu só fica pingando. Ai, eu prefiro tirar ele empedrado. Que nem hoje tirei bastante, acho que foi 100 (ml), não sei, bastante, né? Tirei bastante!”*

#### **Sentindo-se obrigada**

O sentimento de obrigação para realizar a ordenha esteve presente em uma das falas, denotando o ato de ordenhar como um fardo.

F1 - *“eu não gosto, mas tem que tirar, né?”*

#### **Lutando contra a tristeza**

A tristeza pela hospitalização prolongada do filho impedido de ser amamentado foi colocada como um impecilho para realizar a ordenha.

F1- *“eu fico triste porque no momento eu não posso dar o leite para o meu filho... é uma luta, né? Porque você fica aqui... eu to 6 dias, um bom tempo, então eu não acho fácil não.”*

#### **Temendo secar o leite**

O medo, sentimento presente pelas circunstâncias do nascimento do filho, é reforçado durante a ordenha, considerando-a como uma forma de diminuir a produção do leite humano.

F2- *“... se ficar tirando, vai secar, eu achava isso! No primeiro dia começou a ficar inchado, doía, aí eu falei: ta cheio! Aí depois no outro dia, já começou a murchar, fiquei preocupada que ia secar...”*

#### **Sentindo-se estimulada pela alimentação com leite materno**

O fato de constatar a utilização do leite materno na dieta do filho foi um estímulo para realizar a ordenha mamária, tornando o ato extremamente prazeroso e freqüente.

F5 - *“... ela (a enfermeira) falou assim: “ela já ta alimentando”. Aí eu falei assim: “Alimentando o quê?” Aí ela: “Leite materno”. Ah! Foi uma felicidade pra mim, né? Aí eu cheguei em casa toda contente, toda prosa, até tinha levado vidro. Conteí a novidade. Aí à noite eu tirei (o leite), aí quando chegou de manhã antes de vim pra cá, tirei e deixei reservado.”*



A fim de confrontar e enriquecer as análises dos dados, também foram realizadas buscas de temas referentes ao leite humano. E assim foi permitido identificar três categorias distintas: alimento, ajuda e prevenção.

#### **Leite humano como sustento**

A superioridade do leite humano foi ressaltada como um alimento que dá o sustento.

F1 - *“esse aqui que alimenta ele, né?”*

F2 - *“vou ter leite pelo menos a neném (pausa) já vai encher a barriga.”*

F3 - *“é uma coisa que vai alimentar ela (pausa) mais do que o soro, porque soro não alimenta. O leite é outra coisa, porque é sustância, é comida e o meu leite é bem gorduroso.”*

#### **Leite humano como ajuda**

Aqui o leite materno aparece como coadjuvante no tratamento e secundário à medicação.

F4 - *“...precisa vir a medicação primeiro pra depois a amamentação.”*

F5 - *“eu sei que é pra ela, eu sei que é pra ajudar.”*

F6 - *“... pra poder ajudar ele desenvolver mais rápido.”*

#### **Leite humano como prevenção**

A prevenção contra as doenças é uma preocupação neste momento de hospitalização.

F4 - *“... é pra saúde dela mesmo, é uma prevenção leite materno na vida da criança, né?”*

A análise comparativa das falas das entrevistadas revela que o reconhecimento da superioridade do leite humano como alimento é um fator que as impele a superar a dor durante a retirada do leite.

#### **Discussão**

Vasconcelos e cols. (2006) refere que as mães não estão preparadas para se tornar acompanhante do filho prematuro hospitalizado por um tempo prolongado, o que gera um sofrimento para elas.

O relato de dor durante a ordenha deve ser contemplado pela equipe de profissionais do BLH para que a mulher receba a ajuda necessária neste momento de fragilidade. A possibilidade de falar e tirar dúvidas sobre a experiência que vivencia, poderá trazer um

alívio para essa dor. Estudo realizado por Scochi e cols. (2003) cita a oportunidade de conversar e expressar os sentimentos de enfrentamento de risco do RNPT, como um alívio neste momento.

De acordo com Serra e Scochi (2004) os sentimentos de dor, tristeza e incompetência pelo filho RNPT hospitalizado além de prejudicar a manutenção da lactação, também interferem na disponibilidade e no desejo de amamentar.

Sales e cols. (2005) sugere a dor da mãe ao enfrentar a possibilidade de morte do RNPT como o desejo de ser cuidada, amada e compreendida e de compartilhar suas preocupações e medos.

A abordagem dos profissionais centrada nos aspectos biológicos da lactação faz a mulher se sentir obrigada a ordenhar o seu leite para nutrir o filho, sentindo-se culpada no caso de não conseguir fazê-lo. A mulher passa a ser vista como um ser cuja função é produzir leite para alimentar o filho (SERRA; SCOCHI, 2004).

O sentimento de fracasso e incompetência também pode ser refletido no volume de leite ordenhado. A visibilidade da quantidade de leite ordenhado e dos jatos expelidos da mama pode reforçar ou minorar o sentimento de incapacidade. Este fato é importante ser trabalhado com as mães fazendo-as entender a necessidade da frequência da massagem e ordenha mamária a cada 3 horas, a fim de manter a lactação enquanto o bebê não suga. A mulher deve também ser encorajada ao contato pele-a-pele com o seu filho hospitalizado, por ser este contato um estímulo fundamental para manter a produção do leite humano (SERRA; SCOCHI, 2004).

Estudo refere que a produção de leite humano das mães de RNPT é influenciada pelo tempo de hospitalização, podendo o volume de leite humano ordenhado declinar a partir da terceira semana pós-parto, sendo este grupo de risco para a amamentação (PAMELA e cols.,2007)

A administração do leite materno na dieta do RNPT é uma motivação para a mulher realizar a ordenha mamária, percebendo-se assim como parte do processo de recuperação do filho. A utilização do próprio leite ordenhado facilita e fortalece o envolvimento da mãe com o filho hospitalizado, uma vez que a alimentação é uma oportunidade única para o desenvolvimento da interação mãe-filho (DAVIS e cols.,2000).

O baixo nível de responsividade precoce dos RNPT ao estímulo materno é um dos fatores que dificultam a interação mãe-filho, exigindo grande esforço por parte da mãe para iniciar e manter breves momentos de interação com o seu filho (DAVIS e cols.,2000).



A ordenha mamária deve ser estimulada e acompanhada pelos profissionais do BLH, respeitando a singularidade da mulher, a fim de promover o interesse da mãe em amamentar o seu filho prematuro diretamente ao seio no momento oportuno.

O apoio e a ajuda prática dos profissionais diante das dificuldades apresentadas pela mulher durante a dolorida ordenha mamária poderão gerar segurança e confiança para o envolvimento da mãe com a recuperação do filho internado, através do próprio leite.

### **Considerações finais**

O reconhecimento da importância do próprio leite para a recuperação do RNPT não é suficiente para estimular a ordenha mamária. A mãe do RNPT precisa ser ajudada a superar a dor e as dificuldades de ser acompanhante do filho hospitalizado.

Todo empenho deve ser realizado pela equipe de profissionais do BLH durante a hospitalização, a fim de garantir os benefícios do aleitamento materno para esta população de risco. Portanto, é imprescindível uma assistência voltada para a inserção da mãe do RNPT de forma singular no processo de recuperação do filho prematuro, considerando os aspectos emocionais vivenciados pela mulher neste contexto.

Este estudo aponta para a atenção humanizada no envolvimento da mulher enquanto acompanha o seu filho prematuro hospitalizado, transformando o paradigma de inclusão da mulher no processo de recuperação do RNPT sob o aspecto biológico para o biopsicossocial, possibilitando a prática da atenção à saúde materna e infantil.

### **Referências Bibliográficas**

DAVIS, D. H.; MILES, M. S. e BELYEA, M. *Feeding and Nonfeeding interactions of mothers and prematures*. West J Nurs Res; 22(3): 320-334, 2000.

JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M. G. L.; SCOCHI, C. G. S. *As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru*. Revi. Latino-Am Enfermagem, 12(6): 890-8, nov/dez, 2004.

MAIA, P. R. S.; ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R.; SILVA, D. A. *Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução*. Revi. Brás. Saúde Mater. Infant. v.6 n.3 Recife jul/set, 2006.

MAIA, P. R. S.; NOVAK, F. R.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, D. A. *Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de bancos de Leite Humano*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1700-1708, nov-dez, 2004.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. *Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns*. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 58(1):49-60, 2003.

PAMELA, D. H., ALDAG, J. C. ZINAMAN, M.; CHATTERTON, R. T. *Predictors of preterm infant feeding methods and perceived insufficient milk supply at week 12 postpartum*. J. Hum. Lact.; 23(32), 2007.

SALES, C. A. e cols. *Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematur: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães*. Acta Sci. Health Sci., 27(1): 19-23, Maringá, 2005.

SCOCHI, C. G. S. e cols. *Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 11(4), jul/ago, 2003

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. *Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 14(4): 597-605, 2004.

TULLY, D. B.; JONES, R. N. F.; TULLY, M. R. *Donor milk: what's in it and what's not*. J. Hum. Lact. 17(2), 2001.

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. *Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso*. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., 6(1), Recife, jan/mar, 2006.



## Síntese dos artigos

A revisão bibliográfica realizada para a confecção do artigo “Aspectos emocionais vividos pela mãe do recém-nascido prematuro e a influência na interação mãe-bebê” identificou distúrbios emocionais vividos pela ocorrência do parto prematuro e pela hospitalização do filho prematuro, apontando para a necessidade do esforço dos profissionais em apoiar a mulher na sua singularidade, intervindo como facilitadores da interação mãe-bebê.

No artigo “A especificidade do leite humano na nutrição do prematuro” demonstrou-se que o leite da própria mãe é o alimento de escolha para a adaptação do recém-nascido prematuro à vida extra-uterina, porém observou-se o baixo estoque do leite da mãe do bebê prematuro no Banco de Leite Humano, enfocando a qualidade da assistência oferecida à mãe durante a hospitalização do filho prematuro.

Por último, o artigo “Vivências maternas sobre a ordenha do leite para o filho prematuro” elaborado a partir dos dados coletados de entrevistas com mães de recém-nascidos hospitalizados, as quais expressaram suas dificuldades em relação ao ato da ordenha mamária e à hospitalização e reconheceram o valor do seu leite para a recuperação do filho prematuro. Os dados indicam a atenção humanizada no Banco de Leite Humano à mãe do prematuro hospitalizado, possibilitando a sua inserção no processo de recuperação do filho sob o aspecto biopsicossocial, favorecendo a prática da atenção à saúde materna e infantil.

A partir desta síntese, verifica-se a necessidade de uma assistência à mãe do recém-nascido prematuro que favoreça a interação mãe-bebê, considerando as suas dificuldades de tornar-se mãe de um bebê prematuro, e possibilite assim seu envolvimento com a recuperação do filho prematuro, através do seu leite. Desta forma, o Banco de Leite Humano pode ser um caminho para a mãe contribuir com a ordenha mamária em volume suficiente para atender a demanda do filho prematuro internado.

## Considerações finais

A equipe de profissionais do Banco de Leite Humano não deve exigir da mulher o cumprimento do seu papel de mãe, privilegiando somente a necessidade do bebê. A mulher também precisa do cuidado da equipe permitindo que ela cumpra as etapas pertinentes ao seu envolvimento com o filho hospitalizado de maneira singular. Há que se preocupar com a construção do se tornar mãe de um bebê totalmente diferente do esperado, o que exige dela um empenho emocional, em função das demandas de hospitalização e de sensação de perda iminente do seu filho.

A valorização da presença da mãe durante a hospitalização do filho prematuro como garantia da oferta do leite humano, como alimento único para a adaptação do bebê à vida extra-uterina pode ser entendido por ela, porém não permite por si só o seu envolvimento na recuperação do bebê.

O processo paulatino de retomada da construção do vínculo mãe-bebê interrompido abruptamente pelo parto pré-termo poderá desencadear o desejo e a prática da amamentação no momento oportuno, com a garantia de seus benefícios ao bebê e à sua família em longo prazo.

Que este estudo sirva como um estímulo para os profissionais de saúde envolvidos com a díade mãe-bebê se comprometerem com uma assistência que integre ações de atenção à saúde materna e infantil.



## Referências bibliográficas

ALMEIDA, J.A.G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 199925.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC/ANVISA nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.

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

DAVIS, L.; EDWARDS, H.; MOHAY, H. *Mother-infant interaction in premature infants at three months after nursery discharge*. International Journal of Nursing Practice, 2003; 9:374-381

GUEX, M.F. e cols. *Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months*. Pediatrics, 2006; 118: 107-114.

HODGE, D.; PUNTIS, J.W.L. *The use of expressed breast milk for the premature*. Clinical Nutrition, 2000; 19(2):75-77.

NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. *Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar*. J. Ped.; 80(supl.5) Porto Alegre, 2004.

SERRA, S.O.A.; SCOCHI, C. G. S. *Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal*. Revi Latino-Am. Enfermagem, 14(4): 597-605, 2004.

WINNICOTT, D. W. "A Preocupação Materna Primária(1956)". In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1988.

Anexos



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: "Percepções da mulher-mãe do prematuro durante a ordenha do seu leite para alimentar o filho internado"

Pesquisadora: Elenice Suzano da Fonseca Honorato

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada : "Percepções da mulher-mãe do prematuro durante a ordenha do seu leite para alimentar o filho internado", que tem como objetivo compreender o sentimento da mulher e melhor apoiá-la neste momento. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar, retirando o seu consentimento, o que não trará nenhum prejuízo para você.

A sua participação consistirá em uma entrevista individual gravada com a pesquisadora, o que não acarretará complicações legais e nenhum benefício direto, entretanto contribuirá com informações importantes para o tema.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre a sua participação será assegurado, garantindo o anonimato de sua entrevista através de pseudônimo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

---

Elenice Suzano da Fonseca Honorato  
CRN-4/RJ 901001198  
Tel.: 88753423

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data:     /     / 2007.

Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistada: \_\_\_\_\_

Roteiro de perguntas para entrevista:

1. Como foi o nascimento do bebê?
2. Quem a encaminhou ao Banco de Leite Humano?
3. Você recebeu informação sobre a necessidade ou a importância de retirar o seu leite?
4. Como você se sente durante a retirada do seu leite?