



REDE DE APOIO PARA O ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE TARDIA

Caroline Sissy Tronco*
Ana Lucia de Lourenzi Bonilha**
Jéssica Machado Teles***

RESUMO

Objetivo: Analisar a rede de apoio das mães de prematuros tardios para o aleitamento materno. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, apoiada no referencial teórico metodológico de Rede de Apoio. As informantes foram 15 mães e as entrevistas, realizadas no hospital e no 15º dia de vida da criança. Os dados foram coletados entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017. Analisaram-se os mapas da rede de apoio e o tipo de apoio recebido pelas mães. **Resultados:** As redes de apoio eram pequenas e frágeis, o apoio recebido centrou-se nos afazeres domésticos e cuidados com o recém-nascido, excetuando-se o apoio ao aleitamento materno. O suporte profissional ao aleitamento materno foi identificado como frágil. **Considerações finais:** É necessária a inserção da rede de apoio das mulheres no seu atendimento e acompanhamento domiciliar para que estas obtenham o auxílio de que necessitam para a promoção do aleitamento materno.

Palavras-chave: Amamentação. Rede Social. Infantil. Prematuro. Cuidados com o Bebê. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os prematuros tardios são aqueles que nascem entre 34 e 36 semanas e seis dias de idade gestacional. Eles são semelhantes aos recém-nascidos a termo em relação ao peso e ao tamanho e, na maioria das vezes, ao nascer, não necessitam de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal⁽¹⁾.

Os prematuros tardios possuem habilidades próprias conforme seu desenvolvimento fetal, o que interfere diretamente na sua alimentação, pois, para serem amamentados, devem possuir ritmo e coordenação entre sucção-deglutição-respiração^(1,2). A pouca vitalidade e vigor dos prematuros tardios aliados à deficiente coordenação sucção-deglutição-respiração, à presença de menor vigor na sucção, menor período acordado, e ao menor comportamento de alerta em relação ao recém-nascido a termo levam esses prematuros a uma insuficiente estimulação e ao esvaziamento incompleto das mamas. Estes fatores determinam um aporte insuficiente de leite materno para o prematuro tardio, que pode determinar hipoglicemia, icterícia e baixo ganho de peso⁽²⁾.

Nos Estados Unidos correspondem a 7% dos nascimentos⁽²⁾ e a aproximadamente 70% dos nascimentos prematuros em diferentes locais^(3,4). Em Porto Alegre, Brasil, a taxa de prematuridade tardia é de 71,3%, quando considerados os nascimentos dos prematuros em geral⁽³⁾. Quando comparados aos prematuros de idade gestacional menor, os prematuros tardios possuem menor risco de morte e complicações, contudo, se comparados aos recém-nascidos a termo, a probabilidade se altera e os riscos aumentam significativamente^(2,5).

As mães de prematuros tardios que desejam amamentar exclusivamente, ou seja, tendo apenas o leite materno como fonte de alimento para seus filhos, podem se sentir despreparadas, pelos comportamentos que esses recém-nascidos apresentam ao mamar, em função de sua imaturidade⁽²⁾.

Com o nascimento de seu filho, a mulher encontra-se, em geral, mais fragilizada tanto física, como emocionalmente, e torna-se vulnerável à ocorrência de crises emocionais, necessitando de apoio para adaptar-se aos seus novos papéis, entre eles o de mãe e de nutriz. A adaptação da mulher ao novo papel de mãe pode

*Enfermeira, Doutora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: carolinetronco@hotmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1822-3774>.

**Enfermeira, Doutora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: bonilha.ana@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-2102-0695>.

***Enfermeira, Doutora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: jteles.enf@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-2031-1669>.

ser afetada pelas suas relações com o(a) parceiro(a), com a sua própria mãe, com os outros filhos e pela condição do recém-nascido⁽⁶⁾.

É necessário que, no período que envolve a alta da maternidade para o domicílio, após o nascimento do bebê, a mãe tenha um suporte mais efetivo dos profissionais e das instituições para que o aleitamento materno seja mantido^(2,5).

As mães sofrem influência, no processo de amamentação, de experiências vividas, observadas ou transmitidas. Com isso, outras pessoas podem auxiliá-la nesse processo, configurando-se como parte de sua rede social, pois, para a mulher que amamenta, ela constitui um dos fatores que mais influenciam na decisão para amamentar⁽⁶⁾.

Por rede social entende-se um conjunto de relações interpessoais que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores, sendo que, dessa rede, a pessoa pode receber apoio, suporte ou ajuda emocional, material, de serviços e informações. A expressão “rede social” tem a finalidade, ainda, de indicar um conjunto de situações entre as quais se evidenciam relações afetivas, de amizade, de trabalho, econômicas e sociais⁽⁷⁾.

O apoio adequado para as mães nos primeiros dias após o parto modifica consideravelmente a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao recém-nascido. As mães de prematuros, ao chegarem no domicílio após a alta da maternidade, podem ser influenciadas por fontes de estresse tais como: a ausência de uma equipe de saúde para apoiar a manutenção da amamentação, a existência de conflitos com amigos e familiares sobre como cuidar e alimentar uma criança, além da descontinuidade nos modelos de atenção à saúde, situações que podem levar as mães a diminuírem sua confiança em sua capacidade de amamentar⁽²⁾.

Com isso, questiona-se: Quais são os apoios recebidos pelas mães dos recém-nascidos prematuros tardios para amamentar seus filhos? Quem as apoia? Há profissionais da saúde e de instituições de saúde presentes no apoio? Deste modo, nesta pesquisa o objetivo foi analisar a rede de apoio das mães de prematuros tardios para o aleitamento materno.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratório-descritiva, pautada no referencial teórico metodológico de rede social de Sanicola, que busca solucionar eventos críticos do cotidiano a partir do envolvimento e corresponsabilidade de todas as pessoas das redes sociais primária e secundária⁽⁷⁾.

Após aprovação, deu-se início à coleta de dados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local dos nascimentos dos prematuros tardios incluídos na pesquisa. Este hospital universitário é de referência para alto risco gestacional e tem o título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança desde 1997.

Foram selecionadas 15 mães, com recém-nascidos de idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, classificados pelo método de Capurro. Este número de entrevistas foi estabelecido a partir do referencial de Bauer, o qual define o limite de quinze entrevistas realizadas pelo pesquisador⁽⁸⁾. Foram excluídas as mães com recém-nascidos gêmeos, com malformações congênitas, mães que tivessem alguma patologia que contra indicasse o aleitamento materno ou cujos recém-nascidos necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

No primeiro encontro, no Alojamento Conjunto do hospital, ocorreu uma aproximação inicial com as mães. Neste momento foram realizadas a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), feitos alguns questionamentos iniciais e as combinações para o segundo encontro. Por volta do décimo quinto dia de vida do recém-nascido, foi realizado o segundo encontro, em local de escolha da mãe.

As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017. Das 15 participantes, 13 optaram por realizar o segundo encontro no próprio domicílio e duas escolheram a Unidade de Saúde, considerada por elas mais adequada.

Nessas entrevistas foi construído o mapa da rede de apoio, a partir do qual identificou-se a rede de apoio. Na obtenção dos dados, foi solicitado às mães que: falassem a respeito da experiência de amamentar seu filho (nome da criança), contassem sobre as pessoas e os

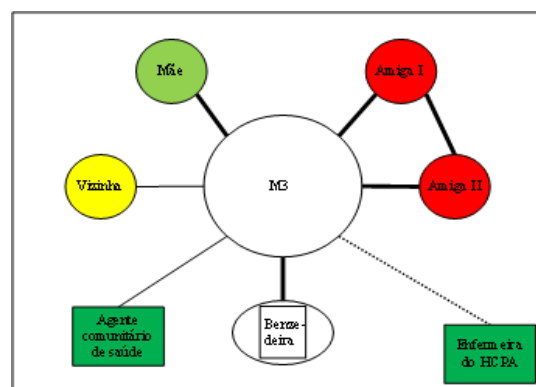
profissionais que estavam presentes na sua vida no momento, o tipo de vínculo que mantinha com essas pessoas e profissionais, e relatassem sobre a ajuda e o apoio que as pessoas davam a ela. Também foi solicitado que fizessem uma lista de pessoas, identificando aquelas da sua rede social. As mães auxiliaram na elaboração de um desenho que representasse as pessoas referidas. Para o esclarecimento das possíveis dúvidas, foi apresentado um quadro com o modelo das figuras geométricas representando os membros da sua rede social. As mães identificavam as pessoas que estavam próximas ou distantes e reconheciam a posição que estas ocupavam em relação a si própria.

Após confirmação das pessoas que constituíram a rede de apoio, era perguntado sobre o tipo de vínculo estabelecido com cada um dos membros da rede. Para isso, foi apresentado outro quadro contendo a representação gráfica dos tipos de vínculo, assim, as mães indicavam o tipo de vínculo e atribuíam significado ao tipo de traço escolhido.

Uma semana após a entrevista, foi apresentado a cada uma das participantes o mapa de sua rede social. Neste momento, elas poderiam retirar ou acrescentar pessoas e alterar os vínculos citados. Nenhuma das mães solicitou alteração no mapa de sua rede de apoio após a visualização.

As entrevistas foram realizadas exclusivamente por uma das pesquisadoras, tendo sido gravadas e transcritas. A fim de preservar a identidade das mães, utilizou-se a letra M para denominar a mãe, sendo numeradas de acordo com a ordem cronológica em que ocorreram os encontros, por exemplo, M1 e sucessivamente.

Na representação gráfica dos vínculos na rede, o mapa da rede social representa a pessoa/família atendida, que assume o centro do desenho, onde se indica a relação da família com sua rede primária, secundária, terceiro setor e de mercado. Dentro das figuras geométricas são inseridos nomes dos membros da rede e, a partir deles, são representados os traços para se compreender o mapa⁽⁷⁾, conforme a figura a seguir:



Para analisar-se a rede social é necessário conhecer sua estrutura, função e dinâmica, pois são características importantes e que devem ser observadas. Para a análise dos dados foi construída pela pesquisadora a representação geométrica das redes de apoio das mães. Nesta representação foram identificadas as redes primárias (reciprocidade), secundárias formais (troca de direitos) e informais (trocas de serviço e solidariedade), secundárias de terceiro setor (solidariedade e de direito), secundárias de mercado (troca de dinheiro), secundárias mistas (de direito e dinheiro). Na representação gráfica dos tipos de vínculos na rede social, estes foram considerados: normal, forte, frágil, conflituoso, rompido, interrompido, descontinuo ou ambivalente⁽⁷⁾.

Para explorar a estrutura da rede social avaliam-se: a) amplitude, que indica o número de indivíduos com os quais as pessoas mantêm contato pessoal, onde a rede é pequena quando tem menos de nove pessoas, média quando tem entre 10 e 30 pessoas, ou grande, com mais de 30 pessoas; b) densidade, que trata da interconexão e dos nós entre as pessoas que fazem parte da rede; c) intensidade, que indica o equilíbrio na relação entre duas pessoas; d) proximidade, que permite a reflexão sobre a distância afetiva e revela os graus de intimidade; e) frequência, que manifesta a sistematicidade com que o vínculo é estabelecido; f) duração, que indica há quanto tempo as pessoas da rede se conhecem; g) funções desempenhadas pela rede social, que podem ser as mais diversificadas; h) grau de simetria, que permite compreender se a conotação é de reciprocidade ou para um único tipo de apoio⁽⁷⁾.

A estrutura da rede social apresenta indicadores importantes, que permitem

compreender a forma como as ligações se estabelecem no contexto relacional das pessoas que a compõem⁽⁷⁾.

A pesquisa seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e foi aprovada com nº 57463716.3.0000.5327.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 15 mães de prematuros tardios. A faixa etária variou entre 23 e 34 anos de idade, com predomínio entre 23 e 29 anos de idade. Em relação à escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental completo; cinco, ensino médio completo; cinco, ensino médio incompleto; e uma, ensino superior completo. Quanto à situação conjugal, 11 eram casadas e quatro, solteiras.

Em relação aos dados obstétricos, nove mães eram primíparas. Duas foram encaminhadas para acompanhamento pré-natal de alto risco e 13 fizeram acompanhamento de pré-natal na unidade de saúde. Em relação ao recém-nascido, cinco nasceram de parto cesáreo e oito eram do sexo masculino. Em relação à idade gestacional ao nascimento, pelo Capurro, um parto ocorreu com 34 semanas; seis, com 35 semanas; e oito, com 36 semanas de gestação. O peso de nascimento variou entre 2110 gramas e 3850 gramas, e nove tiveram peso ao nascimento inferior a 2500 gramas, considerados de baixo peso ao nascer.

Na análise da rede de social, percebeu-se que esta era pequena e, em sua maioria, composta por membros da rede primária, com poucos vínculos fortes entre os membros da rede. Essa situação também é encontrada em outras pesquisas sobre apoio social no cuidado com crianças, para as mais diversas situações em nosso país^(6,9-11).

A família torna-se referência para a mulher, sendo sua fonte de apoio, principalmente as figuras femininas, como a mãe, a avó, a sogra e a irmã. Durante o aleitamento materno, o apoio dos familiares é reconhecido como essencial, pois partilham conhecimentos, experiências, hábitos e condutas, que influenciam no início e na manutenção do aleitamento materno⁽⁶⁾.

Os membros com vínculo forte, que se destacaram na rede social das mães de prematuros tardios, foram o marido, o pai, a

mãe, as cunhadas e os irmãos. Atualmente a família constitui-se por diversos arranjos. Essa variedade mostra a necessidade de mudar o foco da estrutura familiar nuclear, como modelo de organização familiar, para considerar novas questões em relação à convivência entre as pessoas na família, sua relação com a comunidade e com a sociedade.

O tamanho pequeno das redes sociais dessas mães demonstra as transformações no modo de vida das famílias. Elas tendem a ser menores, em maior número chefiadas por um dos pais, principalmente a mãe, com menos irmãos, o que leva a redes primárias cada vez menores.

O apoio do companheiro pode exercer influência positiva na duração do aleitamento materno, podendo ser o provedor financeiro e auxiliando a mulher nas atividades domésticas. Sua presença pode ser decisiva no início e na manutenção do aleitamento materno, a qual é considerada incentivo ao aleitamento materno exclusivo⁽¹²⁾.

A família, a cultura e/ou a sociedade interferem no apoio recebido pela mãe para que ela se sinta apta a cuidar do seu filho. Assim, todas as mães neste estudo tinham alguém que as ajudava, fosse nas atividades domésticas, ou no apoio direto ao cuidado com a criança. A divisão de responsabilidades é justificada pela sobrecarga materna refletida no cansaço físico e emocional da mulher⁽¹³⁾.

Na construção das redes sociais, o vínculo com pessoas como as amigas e vizinhas era classificado como forte ou normal, e a ajuda era tanto direta quanto indireta, para amamentar o prematuro tardio. Observou-se, nos mapas das redes sociais, que o apoio direto às mães dos prematuros tardios para o aleitamento materno, tanto pelos familiares, quanto pelos profissionais de saúde, era pouco presente.

O apoio oferecido às mães estava mais relacionado à ajuda indireta para amamentar. As mães relataram que os familiares colaboravam com os afazeres domésticos e os cuidados gerais com o recém-nascido, contribuindo para que a mulher dedicasse maior tempo para o aleitamento.

Em relação às funções da rede social, percebeu-se que essa exercia várias funções ao mesmo tempo, como companhia, apoio emocional, conselhos, ajuda material e de

serviços. O apoio dos membros da família pode estar relacionado à manutenção da vida diária, gestão financeira, nas atividades domésticas ou na comunidade.

A rede secundária das mães de prematuros tardios era pequena ou inexistente e com vários vínculos interrompidos. Destes, destacam-se os profissionais da saúde, o que reflete uma atenção à saúde fragmentada, indo de encontro do que propõe a Rede de Atenção à Saúde. Este fato potencializa o risco do desmame precoce⁽¹⁴⁾.

Outros membros da rede secundária identificados por duas destas mães foram a benzedeira (M3) e a pastora da igreja (M14). A ajuda de leigos, como benzedeiros e outros ligados à religiosidade, embora sejam atores sociais importantes, parece não ter contribuído para os problemas das fissuras mamárias relatados pelas mães, uma vez que as orientações recebidas estavam desatualizadas e inadequadas.

Neste estudo, o apoio dos agentes comunitários de saúde às mães foi relacionado apenas à resolução de problemas. Este dado talvez indique a falta de preparo destes profissionais para auxiliar na promoção do aleitamento materno na prematuridade tardia.

Quando os agentes comunitários em saúde são ativos na comunidade, as mulheres iniciam o pré-natal mais precocemente, realizam maior número de consultas e são mais orientadas sobre aleitamento materno, aumentando as chances de amamentarem. Em uma pesquisa, a capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os agentes comunitários, foi determinante para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo na comunidade, demonstrando que as orientações e o incentivo dados às mulheres para o manejo da amamentação são fundamentais para a manutenção desta prática⁽¹⁵⁾.

A rede secundária surge como apoio no momento em que as dificuldades com o aleitamento materno têm início, geralmente no retorno imediato ao domicílio, após a alta da maternidade. A rede secundária do estudo, assim como em outra pesquisa⁽⁶⁾, não se constituiu como um ponto de apoio para a mulher que amamentava, pois, neste período, ela contava com o auxílio principalmente dos membros da sua rede primária.

As ferramentas de mídias sociais, como *sites*, plataformas, blogs, microblogs, aplicativos,

jogos e outras, podem ser utilizadas de forma prudente e adequada para promover a saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Estas ferramentas podem fornecer conhecimento e o compartilhamento de experiências entre as pessoas⁽¹⁶⁾.

Algumas mães incluíram os profissionais da saúde em seus mapas, porém o vínculo estabelecido entre eles foi fraco ou interrompido, com isso, a ajuda fornecida foi pequena ou pouco eficaz. Ademais, o apoio profissional no hospital parece não ter sido suficiente para atender às características dos prematuros tardios no aleitamento, indicando que esta não é uma condição identificada pelos profissionais de saúde que requeira cuidados específicos.

Embora as mães tenham reconhecido algumas das características dessas crianças, elas não foram alertadas pelos profissionais acerca das condições de não prontidão para a amamentação de seus filhos, fato também encontrado em outra pesquisa⁽⁹⁾. Dentre elas, a sonolência foi interpretada como desinteresse pelo leite materno, que aliado ao baixo ganho de peso se tornam justificativas para a mãe desistir de amamentar e introduzir outros alimentos^(2,5).

O sucesso do comportamento alimentar dessas crianças depende necessariamente da maturidade e do desenvolvimento cerebral do recém-nascido⁽¹⁷⁾. Eles parecem maduros e estáveis fisicamente ao nascer, porém apresentam dificuldades de coordenação de sucção-deglutição-respiração⁽¹⁵⁾.

Esses comportamentos do prematuro tardio podem gerar sentimentos de frustração e decepção na mãe ao amamentar seu filho⁽⁵⁾. Embora, nesta pesquisa, as mães tenham relatado que todos os prematuros tardios mamaram enquanto estavam no hospital, apenas um dos recém-nascidos, o filho de M6, estava em aleitamento materno exclusivo aos 15 dias de vida. Os filhos de M2, M3 e M5 estavam recebendo fórmula láctea recebida na alta da maternidade, aos 15 dias de vida.

Pesquisa realizada no mesmo hospital indicou que a oferta de complemento lácteo para recém-nascidos a termo ainda na maternidade foi de 23,5%. Esse estudo destaca que os recém-nascidos que recebem fórmula láctea no hospital têm duas vezes mais chance de interromper a amamentação no primeiro mês de vida⁽¹⁸⁾.

Algumas mães contaram que seus filhos apresentaram dificuldade para mamar no hospital. E com cerca de três dias de vida estavam utilizando fórmula láctea para complementar o aleitamento materno. Elas relataram receber prescrição de fórmula láctea na alta hospitalar.

A diferença entre amamentar no hospital e no domicílio ficou evidente no estudo. Todas as mães, com exceção de M6, ao chegarem em casa, logo após a alta da maternidade, ofereceram outros alimentos além do leite materno para seus filhos. Fato este evidenciado nos relatos de M1, que, logo ao chegar em casa, iniciou o uso de fórmula láctea intercalada com a amamentação; de M3, que devido a lesões nas mamas iniciou o uso de mamadeira; e M5, que estava ofertando leite de vaca diluído para o filho.

Mesmo com a existência de políticas públicas de saúde que incentivem a prática do aleitamento materno, como a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru e a proteção legal ao aleitamento materno, observou-se a dificuldade na implementação e manutenção do aleitamento materno na prematuridade tardia, tanto no âmbito hospitalar quanto na comunidade. E que as ações decorrentes das políticas e programas estavam ausentes ou eram pouco efetivas.

Uma estratégia para amenizar esse problema seria a proposta de adaptação dos passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para os prematuros tardios⁽¹⁹⁾. A qual contempla educação aos pais acerca dos benefícios do leite materno; estabelecimento e manutenção da produção de leite materno a partir da amamentação ou da ordenha a cada duas horas e armazenamento do leite materno ordenhado; alimentação com leite humano na mama ou ordenhado; contato pele a pele; sucção não nutritiva na mama; uso de protetor de mamilo se necessário; avaliação da quantidade de leite ofertada pelo ganho de peso; acompanhamento adequado.

Há a recomendação para elaboração de um plano de cuidados individualizado a ser utilizado tanto no hospital quanto após a alta hospitalar, para cada mãe e seu filho prematuro tardio⁽⁵⁾. Os enfermeiros devem transmitir confiança e estimular as mães, uma vez que o aleitamento

materno dos prematuros tardios requer persistência⁽¹⁾. Na maternidade as ações educativas devem ser oferecidas de forma gradativa para a rede de apoio social, de tal forma que possibilite a desconstrução de mitos e incluam-se os familiares nos cuidados após a alta hospitalar⁽⁶⁾.

Outro fator que pode ter contribuído para o insucesso do aleitamento materno exclusivo dos prematuros tardios foi o pouco tempo de internação após o parto. As mães deste estudo receberam alta hospitalar com seus filhos entre dois e três dias após o parto. Os prematuros tardios requerem mais tempo para aprender como mamar devido à sua imaturidade fisiológica, fato que determina que os profissionais de saúde necessitem de mais tempo para ajudarem as mães a estabelecer uma produção adequada de leite e que o aleitamento materno exclusivo seja prioridade para a alta hospitalar.

Há a recomendação para alta hospitalar após 48 horas de vida somente se os bebês demonstrarem as habilidades necessárias para se alimentar e de termorregulação. Deve-se manter acompanhamento no domicílio por um profissional de saúde até o final da primeira semana de vida, sendo a primeira visita no domicílio realizada no máximo 24 a 48 horas após a alta da maternidade⁽²⁾.

Nesse sentido, os enfermeiros têm um importante papel de educação em saúde para as mães dos prematuros tardios, que é de orientar sobre o início e a manutenção da ordenha durante a internação hospitalar e após a alta⁽¹⁹⁾. Estudo identificou que, três semanas após o parto, as mulheres que realizaram a ordenha uma hora após o nascimento produziram maiores volumes de leite do que as que iniciaram a ordenha seis horas pós-parto⁽²⁰⁾.

Percebeu-se, neste estudo, uma desarticulação entre a rede hospitalar e a comunitária, para o aleitamento materno do prematuro tardio. Esta desarticulação entre os serviços de saúde da rede de atenção não favorece o aleitamento materno, pois as mães dos prematuros tardios, por vezes, não têm acesso a orientações acerca das especificidades de cuidados de que seus filhos necessitam, buscando sozinhas ou com familiares soluções que, na maioria das vezes, podem provocar o desmame precoce.

Deve-se aumentar o tempo de permanência dos profissionais de saúde no acompanhamento dessas mães, para que possam identificar as dificuldades de alimentar seus filhos. Planejar o acompanhamento após a alta hospitalar é essencial para estes recém-nascidos. Os enfermeiros precisam ensinar aos pais como amamentar seu filho e como acompanhar o ganho de peso deste em casa. O acompanhamento próximo na atenção primária, utilizando visitas domiciliares ou acompanhamento por telefone, deve ocorrer com frequência, ser iniciado em até 48 horas após a alta hospitalar, e mantido até que o aleitamento materno exclusivo seja eficaz, com ganho de peso adequado da criança⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o apoio ao aleitamento materno ser eficaz, é necessária a inserção dos membros da rede social desta mulher, o que deve ocorrer desde o pré-natal, com a identificação do risco de nascimento prematuro e orientações para o aleitamento materno.

A temática da prematuridade tardia e do aleitamento materno devem estar presentes na capacitação dos profissionais de saúde e de enfermagem, nas maternidades e unidades básicas de saúde, para possibilitar que os profissionais identifiquem esses recém-nascidos e prestem cuidados de acordo com suas especificidades.

Na prática assistencial, nas maternidades e unidades básicas de saúde, a simples incorporação da conduta de orientar e realizar a ordenha mamária e de oferecer o leite ordenhado poderá contribuir significativamente para a promoção e manutenção do aleitamento materno na prematuridade tardia. A alta hospitalar desse recém-nascido deve ser avaliada individualmente, para que seja realizada apenas no momento em que a mãe e sua família estejam devidamente orientadas acerca das suas especificidades fisiológicas e sua repercussão no aleitamento materno.

Esta família necessita de acompanhamento domiciliar, seja por meio de visitas logo após a alta, por contato telefônico, para saber onde pode buscar ajuda caso tenha alguma dificuldade em relação ao cuidado do prematuro tardio.

A falta de articulação entre a atenção hospitalar e a comunitária evidencia a necessidade da existência de protocolos para o acompanhamento desses recém-nascidos, pois a chegada em casa é crucial para o estabelecimento do aleitamento materno. A possibilidade de as políticas públicas, programas e ações contribuírem para o aleitamento materno dos prematuros tardios ocorrerá quando forem identificados como sujeitos de cuidados diferenciados.

As limitações do estudo, em relação à sua análise, ocorreram pela escassez de estudos acerca da temática da prematuridade tardia, em especial, no Brasil.

SUPPORT NETWORK FOR BREASTFEEDING IN LATE PREMATURITY

ABSTRACT

Objective: To analyze the support network of mothers of late preterm infants as to breastfeeding. **Method:** Descriptive-exploratory study with qualitative approach, founded on the Support Network theoretical methodological framework. The informants were 15 mothers, and the interviews were held at the hospital and on the 15th day of life of the child. Data were collected between November 2016 and February 2017. The analysis comprehended support network maps and the type of support the mothers received. **Results:** The support networks were small and fragile; the support received was centered on house chores and care for the newborn, with breastfeeding support being neglected. Professional support for breastfeeding was identified as fragile. **Further considerations:** The support network of women need to be included in their assistance and combined with household follow-up, so that they are provided the care they need for breastfeeding promotion.

Keywords: Breastfeeding. Social Networking. Infant, Premature. Infant Care. Nursing.

RED DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA PREMATURIDAD TARDÍA

RESUMEN

Objetivo: analizar la red de apoyo de las madres de prematuros tardíos para el amamantamiento materno. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo, apoyado en el referencial teórico metodológico de Red de Apoyo. Los sujetos fueron 15 madres y las entrevistas, realizadas en el hospital y en el 15º día de vida del niño. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2016 y febrero de 2017. Fueron analizados los mapas de la red de apoyo

y el tipo de apoyo recibido por las madres. **Resultados:** las redes de apoyo eran pequeñas y frágiles, el apoyo recibido se basó en los quehaceres domésticos y cuidados con el recién nacido, exceptuándose el apoyo a la lactancia materna. El soporte profesional al amamantamiento materno fue identificado como frágil. **Consideraciones finales:** es necesaria la inserción de la red de apoyo a las mujeres en su atención y acompañamiento domiciliario para que estas obtengan la ayuda de que necesitan para la promoción de la lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia Materna. Red Social. Recien Nacido Prematuro. Cuidado del lactante. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Silva WF, Guedes ZCF. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1232-40. doi.org/10.1590/1982-0216201517417514.
2. Bennet CF, Galloway C, Grassley JS. Education for WIC Peer Counselors about breastfeeding the late preterm infant. *J Nutr Educ Behav*. 2017; 4:1-5. doi: 10.1016/j.jneb.2017.05.364
3. Buendgens BB, Teles JM, Gonçalves AC, Bonilha ALL. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. *Rev UFPE On Line*. 2017; 11(sup.7): 2897-906. doi: 10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201711.
4. Karaya BK, Tasci Y, Yoruk O, Kansu-Celik H, Canpolat FE. Comparing neonatal respiratory in neonates delivered after 34 weeks of gestation with and without antenatal corticosteroid. *Pak J Med Sci*. 2017; 33(6):1390-94. doi: 10.12669/pjms.336.14031.
5. Walker M. Breastfeeding the late preterm infant. *JONN*. 2008;37(2):692-701. doi:10.1089/bfm.2016.29031.egb
6. Premji SS, Cumie G, Reilly S, Dosani A. A qualitative study: Mothers of late preterm infants relate their experiences of community based care. 2017, 12(3):e0174419. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174419
7. Sanicola L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. 2ª ed. São Paulo: Veras Editora, 2015.
8. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático. 1ª ed. Petrópolis: RJ. Vozes, 2002.
9. Machado LC Jr, Passini RJ, Rosa IR. Late prematurity: a systematic review. *J Pediatr*. 2014;90(3):221-31. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.08.012.
10. Souza ROD, Borges AA, Bonelli MA, Dupas G. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40e20180118. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180118.
11. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Nascimento LC, Guedes MVC. Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. *Rev Bras Enf*. 2016;69(5): 912-9. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085.
12. Margotti E, Margotti W. Fatores relacionados ao aleitamento materno exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde Debate*. 2017;41(114): 860-71. http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711415.
13. Menezes M, Moré CLOO, Barros L. As redes sociais dos familiares acompanhantes durante internação hospitalar de crianças. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(n.esp):107-113. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300016
14. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(3):355-62. http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002
15. Moimaz SAS, et al. Agentes comunitários de saúde e o aleitamento materno: desafios relacionados ao conhecimento e à prática. *Revista CEFAC*. 2017;19(2):198-212. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719213216.
16. Nóbrega VCF, Melo RHV, Diniz ALTM, Vilar RLA. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. *Saúde debate*. 2019; 43(121):429-440. doi.org/10.1590/0103-1104201912111.
17. Santos MC, Gomes GC, Hirsch CD, Noremborg PKO, Oliveira AMN, Nobre CMG. Vivências das mães junto ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *Cienc Cuid Saude* 2018 Out-Dez 17(4):e27984. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v17i4.45164.
18. Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno em lactentes com até 30 dias. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(esp):e2016-0044. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044.
19. Hallowell SG, Spatz DL. The relationship of brain development and breastfeeding in the late-preterm infant. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(2):154-62. doi: 10.1016/j.pedn.2010.12.018.
20. Gianni ML, Bezze E, Sannino P, Stori E, Plevani L, Roggero P, et al. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. *BMC Pediatrics*. 2016;16(1):179-87.

Endereço para correspondência: Caroline Sissy Tronco. Rua São Manoel, 963. Bairro: Rio Branco. CEP: 90620-110. Porto Alegre - Rio Grande do Sul – Brasil. E-mail: bonilha.ana@gmail.com

Data de recebimento: 03/02/2019

Data de aprovação: 14/05/2020