



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA
NÍVEL DOUTORADO**

Patrícia Gomes Barboza

**Normas, crenças e atitudes sobre amamentar entre Mães de Pretermos do Método
Canguru**

Recife
2015

Patrícia Gomes Barboza

Normas, crenças e atitudes sobre amamentar entre Mães de Pretermos do Método Canguru

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco orientada pela professora Dr^a Sandra Patrícia Ataíde Ferreira e co-orientada pelo professor Dr. Antônio Roazzi, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Linha de pesquisa: Cultura e cognição.

Recife
2015

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

B239n Barboza, Patrícia Gomes.
Normas, crenças e atitudes sobre amamentar entre mães de prétermos do Método Canguru / Patrícia Gomes Barboza. – Recife: O autor, 2015.
124 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profª. Drª. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira.
Coorientador: Prof. Dr. Antônio Roazzi.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Psicologia Cognitiva. 2. Maternidade. 3. Amamentação. 4. Intenção. 5. Prematuros. I. Ferreira, Sandra Patrícia Ataíde (Orientadora). II. Roazzi, Antônio (Coorientador). III. Título.

153 CDD (22.ed.) UFPE (BCFCH2015-40)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrícia Gomes Barboza

“Normas, Crenças e Atitudes sobre Amamentar entre mães de Pretermos do Método Canguru”

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva

Aprovado em: 26 de Fevereiro de 2015

Banca Examinadora

Dr.(a) Sandra Patrícia Ataíde Ferreira
Instituição: UFPE

Assinatura: _____

Dr. José Eulálio Cabral Filho
Instituição: IMIP

Assinatura: _____

Dr.(a) Isabela Barbosa do Rego Barros
Instituição: UNICAP

Assinatura: _____

Dr. Bruno Campello de Souza
Instituição: UFPE

Assinatura: _____

Dr.(a) Sophie Helena Eickmann
Instituição: UFPE

Assinatura: _____



Imagem retirada do Blog do Chaplin

“Cada um tem de mim exatamente o que cativou, e cada um é responsável pelo que cativou. Não suporto falsidade e mentira, a verdade pode machucar... mas, é sempre mais digna. Bom mesmo é ir à luta com determinação... abraçar a vida e viver com intensidade. Perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem mais se atreve e a vida é muito para ser insignificante. Eu faço e abuso da felicidade e não desisto dos meus sonhos. O mundo está nas mãos daqueles que tem coragem de sonhar e correr o risco de viver seus sonhos.”

Charles Chaplin (blog do Chaplin).

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha segunda mãe, Maria das Graças da Silva... pela generosidade, sabedoria e eterna acolhida... enquanto todos viraram as costas e a gira girou... só ela me segurou e amparou...

À minha irmã querida e sempre amada
Adriana Gomes Barboza (in memoriam)
presença indelével na minha vida.

“Aqueles que passam por nós
Não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
Levam um pouco de nós”
(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, sempre, a Deus por me abençoar em todos os momentos da minha vida.

Depois agradeço aos meus pais, Josualdo e Glória pela dedicação e empenho em relação a minha formação acadêmica.

Agradeço a Deus aqui, novamente, pela força impulsionadora de Maria das Graças da Silva, minha mãe de coração e alma... sem esse esteio, acredito que desistiria antes mesmo de começar, aguentando os momentos de euforia, mas principalmente, me confortando ou mesmo me dando safanões, nas inúmeras quedas...

A minha tia Vânia pelos momentos de escuta e ajuda na entrada dos dados.

A minha irmã de coração Aninha pelo suporte, carinho e broncas nesse processo não só do Doutorado, mas do caminho, aguentando meus momentos de desvario e bipolaridade...

A minha orientadora acadêmica e de vida Prof^a Dr^a Sandra Ataíde, um anjo sem asas que me resgatou do quase abandono do meu sonho, que tem o trabalho como sacerdócio e missão de vida, espelho de Ética, força, humildade e generosidade ímpares.

Ao meu co-orientador Prof^o Dr. Antônio Roazzi pelas contribuições generosas, não só na escolha da Teoria como nas análises Estatísticas.

Aos professores que se dispuseram tão carinhosamente a analisar todos os pormenores dessa Tese, meus eternos cumprimentos, ao Prof. Dr. Bruno Campello, que me ensinou os meandros da Estatística, ao Prof. Dr. Eulálio, um exemplo de paciência e atenção aos detalhes no processo de pesquisa, à minha amiga Prof.^a Dr^a. Isabela Barbosa pela consideração e apreço e a Prof.^a Dr^a. Sophie Eickmann.

Meus cumprimentos e todo o respeito, também se estendem aos suplentes, às Professoras, Dr^a Maria de Fátima da Cruz - UFPE (Examinador interno) e Dr^a Renata da Fonte – UNICAP-PE (Examinador externo) que mesmo sem me conhecerem pessoalmente, aceitaram a empreitada.

À minha supervisora da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a Fonoaudióloga, Dr^a Cláudia Xavier Soares, que me ensinou a amar os bebês e suas mães. Resgatando-me literalmente das cinzas, no período mais difícil da minha vida pessoal e profissional. Meus sinceros agradecimentos, admiração e gratidão eternas.

Às minhas tias Graça, Bernadete e ao meu tio Edílson que me acolheram amorosa e maternalmente, fomentando o início da minha carreira profissional e de vida.

À minha amiga Rebeca Raposo, que participou de forma indireta da minha qualificação, mas contribuiu imensamente para a realização desse trabalho.

A todos os professores que fazem parte do colegiado da Pós Graduação em Psicologia Cognitiva, minha deferência pelos ensinamentos compartilhados.

Aos meus colegas do doutorado: Guilherme, Rebeca, Fabíola, Mônica e Sabrina e do mestrado minhas queridas Flávia, Marília e o Matheus e em especial a amiga de todas as horas Manú, e em extensão à sua família... por Tudo viu...sem palavras para agradecer...

Aos colegas do Gepelll, principalmente ao Chris que com sua alegria contagiante e humor constante, tornaram os dias de supervisão, terapias do riso.

Ao Emídio pelas dicas, redação e entrada dos dados Estatísticos.

Aos funcionários do Departamento, Vera Amélia, Vera Lúcia e Elaine que sempre me atenderam com presteza e atenção, mesmo frente às correrias do dia a dia.

À Dr^a Cláudia Miranda, principal incentivadora do início dessa pesquisa; à Dr^a Carla do Hospital Barão de Lucena de Pernambuco; à Dr^a Gracília do Centro de estudos e seus secretários e toda a equipe da Neonatologia do Hospital Barão de Lucena de Pernambuco, principalmente à equipe de Enfermagem da UCINCa.

À caríssima Dr^a Geisy Lima do Instituto Materno Infantil Fernando Figueira e sua equipe, pela acolhida carinhosa e dicas importantes.

Um agradecimento especial a toda a equipe do Hospital João Murilo pela recepção calorosa e afável por todos que trabalham no Centro de estudos e na Neonatologia.

Aos profissionais que fazem a Unidade de Apoio Psicossocial ao Profissional da Saúde - UNIAPS, com deferência às Dr^{as} Aline, Margarida e Samará. Sem essa ajuda, o devaneio se inviabilizaria.

Às mães que gentilmente cederam o seu tempo e se dispuseram a participar da pesquisa.

A CAPES e ao CNPQ pelo apoio financeiro ao trabalho.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a efetivação desse ideal.

Porque afinal, somos interdependentes, precisamos de apoio, carinho, colo e um ombro amigo nas horas boas e nas horas ruins... somos todos irmãos, integrados pelo bem comum que é o aprimoramento dos valores e da pesquisa científica...para que a esperança de um mundo melhor seja renovada a cada lágrima de felicidade, acompanhada do riso da superação...e a quebra das barreiras que a vida nos proporciona...que passemos leves como borboletas entre as flores de nossos jardins particulares, com a fluidez dos rios que desviam às pedras....tornando-nos pessoas melhores a cada dia, em paz com nossos pensamentos e com Deus que a tudo olha e a tudo vê...que assim seja.

RESUMO

A compreensão do fenômeno amamentar perpassa por aspectos subjetivos intrínsecos e extrínsecos às mulheres-mães que precisam ser respaldados de forma objetiva pelos que lidam com saúde no sentido amplo. Afinal, a maternagem é aprendida e requer atenção e cuidado singulares. Cada mãe é um ser único com deveres, mas também, com direitos. Destarte, este estudo teve como objetivo geral Investigar os fatores preditores (normas, crenças e atitudes) de amamentar ou não e manter ou não a amamentação em uma amostra de mães de crianças pré-termos em hospitais com a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) e sem a UCINCa. E como objetivos específicos: (i) Analisar os preditores e a intenção comportamental das mães de pré-termos de amamentar ou não e manter ou não a amamentação; (ii) Avaliar as normas, crenças e atitudes da intenção comportamental das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças; (iii) Verificar a influência dos aspectos Sócio demográficos das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças. Participaram do estudo três hospitais públicos, sendo dois com a UCINCa e um controle sem a UCINCa. Para a efetivação dos objetivos, foram aplicados quatro questionários. A coleta foi realizada em duas etapas, a primeira com o questionário sobre a amamentação e com o sócio demográfico ao nascimento. E a segunda, com o sócio demográfico aos seis meses e o questionário do tipo Likert com o escopo da Teoria da Ação Racional (TAR). Para realização da pesquisa, optou-se por tomar como fundamento, de forma associada, as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados foram tratados através do software estatístico SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences), o uso da *Análise dos Menores Espaços* (SSA) e através da Análise de Conteúdo relacionada à semântica estatística e à modalidade temática (Bardin, 2004). Os resultados demonstram que a variável intenção comportamental obteve o efeito teto, não sendo possível atingir um efeito significativo em relação às demandas estatísticas referentes à TAR. Porém, no que se refere ao Aleitamento Materno Exclusivo ao nascimento nos Hospitais com UCINCa, temos um percentual de 100% no Hospital A em relação ao Hospital B, com $p = 0,021$. O que se inverte quando o aspecto de seguimento é observado, com 100% de acompanhamento no *follow up* do Hospital B em relação ao Hospital A, com percentuais similares em relação às demais categorias. E, comparando-se os três hospitais, não foram observadas associações Estatísticas significativas, com percentuais muito similares em relação às variáveis sócio econômicas. Em relação ao Controle, observamos diferenças no que se refere aos referentes, como o apoio dos companheiros e uma diversificação em relação ao uso da mídia com a introdução do rádio e revistas. Porém, a intenção comportamental nos Hospitais com a UCINCa reforçam o AME tanto em relação às Crenças Comportamentais quanto em relação às Crenças Normativas. Os resultados das avaliações quantitativa e qualitativa respaldam o Método Canguru como ferramenta importante na estruturação de lastros que podem fomentar ações dos gestores em saúde em termos de prevenção.

Palavras-chave: Amamentação. Intenção comportamental. Pré-termo e Método Canguru.

ABSTRACT

The comprehension of breastfeeding's phenomenon it's pass by from subjective aspects intrinsic and extrinsic to women-mothers in need of the support and effective attention of the health professionals in a long term period. After all, child care is learned and requires attention and singular care. Every mother's being unique with duties, but also rights. This study had as its general goal investigate the predictors (norms, beliefs and attitudes) related to breastfeeding or not and keepbreastfeeding or not on some hospitals with preterm infants' mothers users of the Intermediate Care Unit Kangaroo (UCINCa) and without (UCINCa). Its specific objectives:(i) Analyze the preterm babies' mothers predictors and behavioral intention of breastfeeding or not, and maintain breastfeeding or not;(ii)Assess mother's norms, beliefs and atitudes to behavioral intention of breastfeeding or not, and maintaining breastfeeding of infants;(iii)Checkthe influence mothers' socio-demographic aspects of breastfeeding or not, and maintain breastfeeding or not.Participants were three public hospitals, two with the UCINCa and a control without the UCINCa. Were applied four questionnaires in order to fulfill the goals.The data gathering was performed in two stages, first was applied the breastfeeding and the demographic questionnaires at the preterm children's birth. On the second stage was applied the demographic and Theory of Reasoned Action's (TRA) questionnaire in Likert scale after six months of the children's birth (Fishbein & Ajzen, 1975). This study is based on a combination of quantitative and qualitative approaches. The quantitative The data were processed using the SPSS 13.0 statistical software (Statistical Package for the Social Sciences), the use of Smallest Space Analysis or Similarity Structure Analysis (SSA) and the qualitative approach was based on Bardin's content analysis regards to the semantic technique and on the thematic mode (2008). The results show that behavioral intention variable obtained the ceiling effect, so was not suitable to the statistics demands for TRA. However, had been discovereda percentage of 100% of exclusive breastfeeding at birth on Hospital B at Hospital A with UCINCa (p 0.021). Observation that the situation reverses when the following point is consider, with 100% handles at B Hospital follow up compared to A hopital's follow up, with similar percentages for other variables. Comparing the two hospitals socio-economic variables were observed reveling associations statistically significant and very similar percentages. Compared to control we observed differences with regard to respect as the support of fellow and diversification in relation to the use of media with the introduction of radio and magazines. However, the behavioral intention in hospitals with UCINCa reinforce the AME both in relation to Behavioral beliefs and in relation to the Normative beliefs . The results of quantitative and qualitative methods backing the Kangaroo Mother Care as an important tool in structuring ballasts that can encourage actions of health managers in terms of prevention .

Keywords: Breastfeeding. Behavioral intention. Preterm and Kangaroo Mother Care.

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1. Modelo ilustrativo da TAR. (Almeida, 2010).....	45
Figura 2. Projeção SSA das Crenças Comportamentais e Crenças Normativas tendo como variáveis externas os Hospitais A e B.....	69
Figura 3. Projeção SSA, comparando Hospital A e B em relação às Desvantagens dos Hospitais com UCINCa.	70
Quadro 1. Conceito Norteador e Categorias Intermediárias.....	72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Porcentagem do uso de vias alternativas de alimentação (UVAA).	60
TABELA 2. Tempo de uso da chupeta.	60
TABELA 3. Egresso (<i>Follow Up</i>) das mães nos hospitais.	61
TABELA 4. Egresso comparando hospital A e B	62
TABELA 5. Renda comparando hospital A e B.....	63
TABELA 6. Introdução de fórmulas lácteas (IFL), comparando-se hospital A e B.	64
TABELA 7. Comparação entre as vantagens de amamentar o pré-termo entre os hospitais A e B	65
TABELA 8. Vantagens de amamentar dentro da UCINCA.	66
TABELA 9. Desvantagens da UCINCA	66
TABELA 10. Pessoas que influenciam a amamentação (Referentes).....	67
TABELA 11. Mídias que influenciam a amamentação	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

HBL – Hospital Barão de Lucena de Pernambuco

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IMIP – Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira

MC – Método Canguru

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TAR – Teoria da Ação Racional

UCINCa – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru

UCINCo – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo das Nações Unidas para a infância)

USF – Unidades de Saúde da Família

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UVAA – Utilização de vias de alimentação alternativas

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
1.1. AMAMENTAÇÃO	20
1.2. O DESMAME.	24
1.3. PREMATURIDADE.....	28
1.4. O MÉTODO CANGURU	33
1.5. A TEORIA DA AÇÃO RACIONAL (TAR)	40
2. MÉTODO	46
2.1 OBJETIVOS	46
2.1.1 Objetivo geral	46
2.1.2 Objetivos específicos	46
2.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA	46
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	47
2.4 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES	47
2.4.1 Hospital A	47
2.4.2 Hospital B	48
2.4.3 Hospital C – Controle	48
2.5. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA	48
2.5.1 Questionário Sócio demográfico ao nascimento (Apêndice A).....	49
2.5.2 Questionário sobre a amamentação (Apêndice B).....	49
2.5.3 Questionário Sócio demográfico aos seis meses (Apêndice D)	50
2.5.4 Questionário Tipo Likert (Apêndice E)	50
2.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	50
2.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	52
2.7.1 Primeira Etapa:	52
2.7.2 Segunda Etapa:	55
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
3.1 DESCRIÇÕES DA AMOSTRA EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS AO NASCIMENTO.....	56
3.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS AOS SEIS MESES.....	59
3.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DE ASSOCIAÇÃO DAS QUESTÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS - AOS SEIS MESES.	62

3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS QUESTÕES SOBRE A AMAMENTAÇÃO EM TERMOS PERCENTUAIS PARA A CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO LIKERT.....	64
3.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DAS QUESTÕES SOBRE A AMAMENTAÇÃO NOS HOSPITAIS COM A UCINCa.....	64
3.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DA ESCALA LIKERT	71
3.7 ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA	71
4. DISCUSSÃO GERAL	85
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	100
Apêndice A	101
Apêndice B	105
Apêndice C	106
Apêndice D	109
Apêndice E.....	111
ANEXOS	115
Anexo I	116
Anexo II	118
Anexo III.....	119
Anexo IV.....	122

INTRODUÇÃO

O termo amamentação revela reciprocidade, cumplicidade que compreende, no mínimo, dois sujeitos, mulher e criança, incitando o diálogo e envergando uma proximidade com a palavra *mãe* e *mama*. Assim, ao contrário do que se pensa, o processo de amamentação, e o desmame, como parte de um mesmo processo, não são apenas instintivos. Eles precisam ser ensinados e aprendidos numa relação que rescinda com o instituído e, de preferência, seja em virtude do instituinte. É um processo que necessita aperfeiçoar a troca de saberes, a espontaneidade e a subjetividade, para que o amamentar-desmamar sejam mutuamente benéficos (Almeida & Nowak, 2004; Hames, 2006; Tavares, 2014).

A história tem nos mostrado que amamentar é uma decisão tomada pela mulher, de uma maneira geral, com certa consciência, embora essa conscientização seja negada e as influências sobre a sua decisão sejam criticadas pela sociedade, como, por exemplo, as mulheres que decidem não amamentar são estigmatizadas como mães negligentes. Ou seja, desconstruir os valores que estão arraigados é complexo e demorado, porque são pleitos que hoje não servem ou não são aceitos, mas que já fizeram parte da vida de outrora (Ichisato & Shimo, 2002). Portanto, é importante compreender o que a mulher/mãe pensa sobre si e reconhecer as influências contextuais para podermos, efetivamente, ajudá-la a tomar decisões sobre o aleitamento materno (Guerreiro, 2014).

O Método Canguru (MC) é uma estratégia de atenção perinatal já consolidada mundialmente em que se pode destacar, entre as suas variadas contribuições, a questão do aumento da expectativa de sobrevivência dos recém-nascidos pré-termos e de baixo peso. Inicialmente, o método foi criado para “aquecer” essas crianças, através do contato “pele a pele”. Isto, dentro de um país com escassez de recursos na área de saúde, com ausência de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e, conseqüentemente, de incubadoras que mantêm os bebês em condições similares às do útero materno (Charpak e colaboradores, 1999).

Esse Método foi criado na Colômbia, em 1979, pelo médico Edgar Rey Sanabria e desenvolvido por Hector Martinez Gómez, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá. E, de uma forma geral, desenvolve-se em três etapas: a primeira quando o recém-nascido está impossibilitado de ficar junto à mãe e precisa ficar internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

(UCINCo), onde os profissionais de saúde iniciam o contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê e progride até a colocação do mesmo sobre o tórax da mãe e/ou do pai. Na segunda etapa, a saúde do recém-nascido já está estabilizada e ele pode contar com o acompanhamento contínuo da mãe na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). Na terceira etapa, a criança, mesmo após a alta hospitalar, recebe um acompanhamento multidisciplinar ambulatorial contínuo para avaliar seu desenvolvimento de uma forma geral. Consiste num tipo de assistência neonatal que implica um contato precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma inserção mais efetiva da díade mãe-bebê nos cuidados dispensados ao filho (Brasil, 2002).

A questão acerca de amamentar ou não, a despeito da expressão no plano biológico, decorre de uma complexa rede de interretroações que precisam ser consideradas no âmbito das ações em saúde voltadas ao seu incentivo (Sampaio e colaboradores, 2013). Apesar da ampla produção científica sobre a importância da amamentação, são considerados apenas um dos elementos envolvidos e no caso, os aspectos mais abordados são os benefícios à criança (Silva & Souza, 2005; Chung e colaboradores, 2007; Toma & Rea, 2008), bem como às instituições hospitalares e ao Estado (Almeida & Novak, 2004).

Observaram-se trabalhos sobre crianças pré-termo, apenas, dirigidos à questão da manutenção do aleitamento, devido à preocupação com a saúde e a recuperação dos bebês (Santana e colaboradores, 2010). No entanto, ainda são escassos os estudos que focalizam os fatores de desmame em prematuros e os trabalhos direcionados às questões sobre os benefícios ao par mãe-criança nessa população. Especialmente, quando esses participam do MC e mantêm uma média de aleitamento aquém do que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS).

A literatura apresenta estatísticas desalentadoras relacionadas à baixa prevalência do aleitamento materno, especialmente, o exclusivo, não só em crianças que nascem a termo, como também em pré-termos, mesmo àquelas submetidas ao Método Canguru (Maia, 2010; Czechowski & Fujinaga, 2010). Fato que nos leva a algumas perguntas: Que fatores influenciam a intenção de amamentar? Será que a mulher, dentro do MC, promove o comportamento de amamentar nos seis primeiros meses de vida do bebê?

Com o intuito de investigar de forma verticalizada e contextualizada a rede relacional que existe entre os aspectos determinantes do comportamento que envolve o desmame, procura-se, através desse estudo, analisar as mães de bebês pré-termos inseridas dentro do

Método Canguru, levando-se em conta o complexo processo da amamentação. A presente pesquisa transcorrerá por dentro de uma questão amplamente discutida, que é o aleitamento materno e entra no universo de uma população não muito investigada pela literatura, as mães de bebês pré-termos inseridas em uma metodologia reconhecida mundialmente, que é o Método Canguru; mas que, não consegue manter uma média de aleitamento materno por um tempo significativo, segundo o que promulga a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta orienta que a amamentação seja exclusivamente realizada até o sexto mês de vida do bebê, no mínimo, e que se prolongue idealmente até o primeiro ano de vida.

Muitas vezes, os serviços e os profissionais de saúde enfatizam o aspecto biológico da amamentação em detrimento de questões singulares da mulher, que podem incluir tanto emoções positivas quanto negativas em relação ao ato de amamentar. Destaca-se aqui, então, a necessidade do conhecimento das características que reforçam ou anulam as possibilidades do aumento na demanda do aleitamento exclusivo, uma vez que a maior parte das pesquisas centraliza questões relacionadas aos benefícios do aleitamento materno exclusivo, focando apenas nos aspectos relativos às crianças (Guerreiro, 2014). Portanto, torna-se relevante abordar pontos relativos às vicissitudes maternas que podem ser os pilares de possíveis soluções em gestão pública, como visa o presente trabalho.

Para tal, o estudo fundamenta-se na Teoria da Ação Racional (TAR), que se tem mostrado eficaz em pesquisas na área de saúde e, de forma mais específica, na área da amamentação, como no trabalho de Moutinho (2000). Desta forma, essa Teoria apresenta-se como um modelo explicativo de consistência interna e eficiente para compreensão dos fatores relacionados ao fenômeno.

Ainda de acordo com a TAR, a intenção de quem quer que seja é um desempenho de dois determinantes capitais: o pessoal e a influência social. Os indivíduos tencionam desempenhar um comportamento quando têm uma atitude positiva frente a ele e/ou quando creem que outras pessoas importantes para eles pensam que deveriam fazê-lo. Assim, tem-se maior probabilidade de êxito em determinar uma mudança na intenção se mudarem as atitudes e/ou as normas subjetivas que correspondem diretamente a esta intenção. Para responder aos questionamentos realizados nesse estudo e conhecer os meandros que envolvem a amamentação, como a decisão da mãe de manter ou não essa rotina e as relações contextuais que a envolvem, a TAR mostra-se relevante porque propõe uma forma híbrida e prática de análise, descrevendo os possíveis vetores e o significado da força e do tipo de relações entre as variáveis.

A interpretação das relações entre as variáveis procura descrever os aspectos funcionais entre comportamento e ambiente, isto é, as relações entre as discriminações de mudanças na realidade observada, no caso da amamentação, a ênfase no que possibilitaria o desmame e as descrições das condições em que essas mudanças se dão. Como produto, espera-se verificar essas construções e, se for possível, construir sequências regulares de eventos que porventura promovam o conhecimento mais aprofundado do fenômeno em estudo.

Desta forma, essa pesquisa tem como **objetivo geral** Investigar os fatores preditores (normas, crenças e atitudes) de amamentar ou não e manter ou não a amamentação em uma amostra de mães de crianças pré-termos em hospitais com a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) e sem a UCINCa. E como **objetivos específicos**: (i) Analisar os preditores e a intenção comportamental das mães de pré-termos de amamentar ou não e manter ou não a amamentação; (ii) Avaliar as normas, crenças e atitudes da intenção comportamental das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças; (iii) Verificar a influência dos aspectos sócio demográficos das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças.

Esta pesquisa mostra a sua relevância objetivando o fomento de subsídios teóricos e empíricos em saúde pública, na busca do conhecimento da questão do desmame precoce na população de crianças que nascem prematuramente, relacionadas à área materno infantil que agrega cuidados ao binômio mãe-filho, direta e indiretamente. E esse fator de risco para a mortalidade neonatal não depende só de novos conhecimentos, como ocorre com outros problemas de saúde, mas da garantia do acesso e utilização mais efetiva do conhecimento científico e tecnológico gerado. Deste modo, vincula-se à proposta da Assembleia Geral das Nações Unidas que realça a redução da mortalidade infantil como uma das metas de desenvolvimento do milênio (World Health Organization, 2012).

Assim, tendo em vista as justificativas apresentadas e os objetivos a alcançar, este estudo foi organizado de forma a abordar os seguintes capítulos: Fundamentação teórica, Método com a proposta de coleta e análise dos dados de cada etapa realizada, de acordo com a perspectiva da TAR. A fundamentação Teórica está organizada em 5 secções, a saber: a primeira traz as questões referentes ao aleitamento materno, das bases históricas às questões de saúde pública. A secção 2 discorre sobre o desmame. A terceira, fala sobre a prematuridade, ressaltando a incipiência do parto prematuro no mundo e na região nordeste do Brasil. A secção 4 apresenta o Método Canguru desde a sua origem até o seu

estabelecimento como prática hospitalar reconhecida mundialmente. Na secção 5, apresenta-se a Teoria da Ação Racional. No capítulo “Método”, discorre-se sobre os objetivos, as etapas do estudo, seus participantes, o material e os procedimentos utilizados. Ao final, temos as análises quantitativas e qualitativas; Resultados e Discussões com as Considerações Finais.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 AMAMENTAÇÃO

*Se existe um verbo para definir... amamentar... é a determinação,
porque as mães são feitas de materiais altamente especiais,
singulares e sem iguais... cada uma a seu tempo... contexto e momento...
racionais, emocionais... mulheres reais, com voz, alma e respeito,
adquiridos pelo direito de exercerem a cidadania... às vezes, infelizmente,
capitaneadas pela incoerência e hipocrisia.*

Patrícia Gomes Barboza

A amamentação constitui uma das medidas necessárias para a saúde e para o desenvolvimento da criança nos seus primeiros meses de vida. É considerado o alimento ideal, oferecido aprioristicamente de forma exclusiva até o sexto mês de vida e, de forma complementar, pelo menos até um ano de idade (American Academy of Pediatrics, 2012), com a sua manutenção até 2 anos de idade ou mais (World Health Organization, 2008; Raven, 2013).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a oferta apenas de leite materno, sem o acréscimo de água ou chá, adicionado somente com gotas de vitaminas ou medicamentos. No aleitamento complementado, observa-se a inserção de outros tipos de alimentos além do leite materno (World Health Organization, 2008).

A amamentação é benéfica tanto para o lactente quanto para a sua mãe. Para a criança, trata-se de um alimento rico e completo, adaptado ao seu metabolismo. É fonte de água, fatores de proteção e minimiza a ocorrência de processos alérgicos, problemas respiratórios e gastrintestinais, com melhores índices de desenvolvimento cognitivo, motor e o correto desenvolvimento das estruturas da face. Alguns estudos indicam a diminuição do risco de morte por diarreia e o aumento dos indicadores gerais de saúde do bebê. Por dispensar a manipulação e o uso de utensílios, pois não necessita de preparo, diminui também, as chances de contaminação (Nascimento & Issler, 2003, 2008; WHO, 2009; Raven, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propõem medidas de incentivo ao aleitamento materno, entre as quais se destaca a criação do Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1990, que tem por objetivos o

apoio, a promoção e a proteção à amamentação natural. O Programa do IHAC adota como um dos princípios os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, constando orientação de não uso de bicos artificiais ou chupeta por crianças assistidas por instituições que seguem esse Programa, além de orientar as mães no sentido de evitar essas práticas após a alta hospitalar (World Health Organization, 2010).

Em 1º de agosto de 2008, durante a abertura da Semana Mundial da Amamentação, o Ministro da Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil, como reforço à prática desenvolvida pelos IHACs e objetivando aprimorar essa prática de cunho biopsicossocial (BRASIL, 2011).

A prática do aleitamento materno além de todas as vantagens nutricionais, imunológicas e de saúde geral, ainda pode ser um importante aliado na proteção às crianças que vivem em domicílios inseguros em relação à alimentação e nutrição, uma vez que o leite materno exclusivo é de baixo custo financeiro ao domicílio em condições adversas e de privação alimentar contínua. Realidade esta encontrada em bolsões de pobreza em muitas regiões do Brasil e do mundo, podendo o leite materno ser uma estratégia de proteção aos lactentes em condições de dificuldades de acesso aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes (Gomes & Gubert, 2012).

Deste modo, os esforços para aumentar a confiança da mulher em sua plena capacidade de amamentar e nutrir o seu bebê envolve, dentre outros fatores, o fortalecimento e apoio das suas escolhas e, principalmente, um empoderamento efetivo. Os “10 passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, da Declaração de Innocenti, assinada em 1990, declara no seu 10º Passo: “Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar” (OMS/UNICEF, 1990).

Fundamentada nessa premissa, que contempla o décimo passo, a promoção do aleitamento materno vem sendo considerada componente fundamental das estratégias dos cuidados primários de saúde, baseada, principalmente, nos indícios epidemiológicos do seu efeito protetor contra a incidência de doenças infectocontagiosas e morbimortalidade infantil. Neste sentido, o tema amamentação exclusiva durante os primeiros meses de vida do lactente tem ocupado lugar de destaque nos estudos que envolvem promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, por ser um assunto que influencia sobremaneira na sobrevivência, saúde e nutrição infantis (Chung e colaboradores, 2007; Toma & Rea, 2008; Souto e colaboradores, 2014).

Os cuidados dispensados à alimentação da criança no primeiro ano de vida são extremamente importantes para o seu desenvolvimento, haja vista que, neste momento, além de serem processadas importantes etapas de crescimento e desenvolvimento, estudos apontam que é a ocasião em que se instauram os hábitos alimentares do indivíduo (Araújo, 2006; Aquino, 2006). No que diz respeito ao crescimento, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o somático é um dos fatores que ajudam a garantir o desenvolvimento cerebral adequado. Isto justifica o fato das questões nutricionais e de alimentação demandarem atenção especial nos cuidados de crianças nessa faixa etária, a saber, no período do nascimento até um ano de vida.

A amamentação é um processo complexo que transcende o plano puramente biológico, pois incorpora, também, valores sociais, culturais, políticos, ideológicos e existenciais, sendo a subjetividade da mulher compreendida em suas particularidades, contemplando-se as histórias que mesclam a mulher, a filha e a mãe. Com a participação da mulher como ser nuclear e determinante dessa prática, cabe a ela a decisão pela iniciação, permanência ou substituição do leite materno (Silva, 2000; Tavares, 2014). Porém, em geral, os programas de incentivo colocam-na em um plano secundário, remetendo-se apenas à importância do aleitamento para o lactente. (Moreira e Lopes, 2007; Silva e Segre, 2010; Azevedo, 2011).

Embora seja um ato natural, a amamentação é também um comportamento aprendido. Pesquisas demonstraram que tanto mães quanto profissionais de saúde precisam de encorajamento e apoio constantes para manter as práticas apropriadas de amamentação (França e colaboradores, 2011; Monteiro e colaboradores, 2011; Margotti, 2013). E essas intervenções devem envolver vários setores da sociedade, desde as Secretarias de Saúde, passando por Organizações Não Governamentais, maternidades públicas, até os grupos de pesquisa de instituições públicas e privadas de ensino superior. Mais do que preconizar o aleitamento materno, a tomada de consciência se faz necessária, ou seja, mulheres/homens que tiverem maiores informações e mais orientação quanto à importância do aleitamento materno terão seus filhos amamentados por mais tempo do que aquelas que não obtiverem essas instruções (Ichisato & Shimo, 2002; Guerreiro e colaboradores, 2014).

Seguindo esse mote intervencionista, como já enfatizado anteriormente, destaca-se a importância do apoio à mãe que amamenta, com o estabelecimento de redes sociais de apoio. De acordo com Sluzki (1997), as redes sociais apresentam expressiva importância na medida em que influenciam a autoimagem do indivíduo e são centrais para a experiência de

identidade e competência, muito particularmente na atenção à saúde e adaptação às situações difíceis. As redes sociais são definidas como as relações que compreendem não apenas a família nuclear ou extensa, mas os vínculos interpessoais ampliados como, os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo, e as relações que são estabelecidas na comunidade (Guerreiro e colaboradores, 2014).

O nascimento de um filho é uma destas situações em que se requer a adaptação da mulher e do homem à nova vida, que inclui, por exemplo, as demandas do bebê e as mudanças na interação conjugal. Rapoport (2003), afirma que pessoas com boas redes de apoio social e afetivo são mais competentes para oferecer apoio e estabelecer relações próximas e significativas, fazendo parte da rede de outras pessoas, e tendem a ter capacidade aumentada para enfrentar eventos da vida.

O ato de amamentar poderia ser cultivado de mãe para os filhos, ou seja, culturalmente, dentro de bases sólidas concebidas no seio familiar, social, midiático e do sucesso atingido por outras mulheres que passaram por tal experiência e, como tal, necessita de um alicerce instrumental teórico e sistematizado de campanhas que incentivem o suporte à mulher/mãe e à comunidade de forma geral, com efetiva participação dos profissionais de saúde, assessorada pela mídia, alertando para a necessidade de garantir à puérpera a tranquilidade de vivenciar o período pós-parto (Ichisato & Shimo, 2002; Teixeira, 2011; Martins e colaboradores, 2014).

No âmbito das instituições, as organizações com a funcionalidade de ajuda material e de serviços são muito importantes na medida em que pressupõem a colaboração de especialistas e atuam, por sua vez, em momentos de crise. A capacidade da equipe de saúde para avaliar o grau de dificuldade da situação encontrada pelo paciente é crucial, pois demonstra a necessidade de se acionar a rede de apoio desta paciente ou desta família em prol de uma melhor sequência do trabalho (Klefbeck, 2000; Margotti, 2013).

Infelizmente, ainda não temos, atualmente, uma rede de suporte efetivo às puérperas, nem no âmbito institucional público nem no privado, que resguarde, em especial, as primíparas, ou melhor, as mães “de primeira viagem”, as quais adentram aos hospitais sem conhecimento de posicionamento, higiene ou mesmo da administração correta das dietas, tanto ao seio como por meios alternativos (uso de mamadeiras e copinhos); e que, às vezes, sequer participaram de qualquer orientação no pré-natal, pois são advindas da área rural ou mesmo mães adolescentes, recém-saídas da puberdade (Guerreiro e colaboradores, 2014).

A crença na amamentação como um fenômeno natural e apenas instintivo é uma atitude que ainda hoje se reflete na forma de assistência e do cuidado à mulher nutriz. De acordo com Souza (1993), não basta observar a mulher e pré-julgar se ela quer ou não amamentar, se pode ou não dar o peito. É preciso captar o sentido do ser, explicitando suas ansiedades, seus desconhecimentos, suas ocupações e “pré-ocupações”. Essa ajuda, no modo positivo de cuidado, não implica em fazer pelo outro e sim, levar o outro a assumir o seu próprio fazer, considerando o modo de ser do outro e não o modo de ser do profissional (Guerreiro, 2014).

Azevedo e colaboradores (2010) argumentam que os resultados positivos em relação à amamentação serão atingidos quando houver uma compreensão que o ato de amamentar produz sentimentos diversos na mulher que se dividem entre o querer e o poder amamentar. E que a decisão de amamentar está na dependência de como a mulher percebe essa prática, fruto de uma série de elaborações construídas através da avaliação dos riscos e benefícios nela envolvidos, o mesmo acontecendo com o fenômeno do desmame.

1.2 O DESMAME

O desmame ocorre na antítese do desejo... pois, por vezes, há um ensejo... do processo, da continuação...porém, intercorrências emergem, sem controle ou ação e a mulher/mãe precisa ter a opção, de manter-se ensimesmada e seguir sua missão.

Patrícia Gomes Barboza

Embora sejam realizadas campanhas contínuas em relação ao aleitamento materno exclusivo, os índices de desmame precoce, antes de o bebê atingir a idade de seis meses, ainda são bastante altos (Moutinho, 2000; Araújo, 2006). Quando se realiza uma retrospectiva da história do aleitamento materno no Brasil, verifica-se que a prática do desmame precoce foi iniciada, desde o descobrimento, através da aquisição dos hábitos, costumes e cultura oriundos da colonização europeia. Isto se justifica pelo fato de, na época, o aleitamento natural, na Europa, ser efetuado por amas-de-leite de forma mercenária (Müller, 1977; Rea, 1998; Simons, 2002).

Nos séculos XVII e XVIII, as amas de leite pertenciam às classes ditas inferiores e substituíam as nobres e burguesas ao amamentar. A mulher aristocrática acreditava que dar o peito significaria extrair o “suco precioso” que retirava a beleza feminina (Almeida & Novak,

2004). Existia, também, a crença de que o esperma azedava o leite e, na tentativa de evitar o adultério, as mulheres evitavam aleitar, somando-se ao fato de que essa prática correspondia a uma visão animalesca, que as distanciava da elite (Moreira & Lopes, 2007).

No final do século XVIII, os índices de mortalidade infantil aumentaram consideravelmente devido às precárias condições de higiene, alimentação e moradia em que viviam as amas de leite. Assim, necessitando de um exército de reserva que gerasse futuros lucros, a igreja católica começou a incentivar o aleitamento exclusivo, “fortalecendo” o vínculo mãe-filho, como medida de proteção social e reforçando a condição ilibada de sacrifício da mulher no seu papel biológico (Almeida & Novak, 2004).

Almeida (1999) ressalta que somente no século XIX, com a criação da medicina higienista e, conseqüentemente, com a implantação de ações políticas em higiene familiar, é que houve o resgate da amamentação natural da mãe para o seu filho, ou seja, foi abolida a função de amas-de-leite. O autor ainda afirma que somado aos fatos já citados, ainda eram dadas orientações às nutrizas, determinando horários fixos de mamadas, tempo de duração e indicação do uso de chupetas para acalmar o lactente. Tais fatos, no entanto, levaram a dificuldades na manutenção do aleitamento, pouca produção do leite, bem como o surgimento da ideia do “leite fraco” como principal causa do desmame, máxima que, ainda hoje está presente nos discursos das mães (Jaafar, 2011).

Os fatores supracitados, entre outros, criam nas mães uma autoestima baixa em relação à sua produção láctea e com o adendo dos bicos artificiais há a “confusão de bicos”. Ou seja, com os bicos artificiais, as crianças não fazem tanto esforço, como no caso da tração muscular que ocorre na amamentação ao seio, devido ao trabalho da musculatura orofacial na retirada do leite. O que, por sua vez, pode dificultar o estabelecimento da amamentação exclusiva (Sanches, 2004; Araújo, 2006).

Nessa perspectiva, o início do século XX foi marcado pela era de mudanças radicais no papel da mulher, a partir do seu ingresso no mercado de trabalho, bem como da importação dos leites artificiais, que culminou com a fabricação da mamadeira. É possível inferir que a indústria do alimento infantil influenciou fortemente todas as camadas sociais e científicas, difundindo a ideia do leite artificial como um substituto do leite natural, fazendo crer que lactentes aleitados ao seio necessitavam de complemento para evitar a desnutrição. Esses elementos, mais uma vez, vinham ao encontro do argumento do “leite fraco”, potencializando-o e, conseqüentemente, maximizando a conduta do desmame precoce (Müller, 1977; Rea, 1998; Simons, 2002).

Simons (2002) relata que em 1970 esse cenário começou a mudar considerando, principalmente, os altos índices de morbimortalidade infantil em populações carentes da África, Ásia e América Central. O Brasil também apresentava números de mortalidade infantil assustadores, com 88 mortes a cada 1000 nascidos vivos. No Nordeste brasileiro, essa realidade era mais grave, com 124 óbitos para 1000 nascimentos. A desnutrição crônica chegou a atingir 48,0% da população e o abandono à prática da amamentação no primeiro mês de vida era de 54,0% dos lactentes em São Paulo e 80,0% em Recife, por exemplo. O autor ainda revela que a prática médica evidenciava a prescrição de fórmulas lácteas por 50,0% dos pediatras e a oferta de água nos intervalos das mamadas, por 90,0% destes profissionais.

Como o aleitamento é um tema de fundamental importância dentro do plano desenvolvido no pré-natal, o trabalho de Osório (2006) sustenta, ainda, que algumas grávidas, não poucas, mostram-se muito resistentes a essa prática, principalmente no que tange à exclusividade. Essas mulheres, mesmo relatando a compreensão dos benefícios da amamentação, alegavam uma série de obstáculos para realizá-la de forma exclusiva, tais como a falta de tempo necessário à longa tarefa de amamentar, visto que tinham que cuidar da família, de outros filhos e dos afazeres do lar; a necessidade de retornar ao posto de trabalho interrompido em razão da maternidade e o desgaste físico de ficar o tempo todo amamentando. Além disso, muitas colocam que o apoio da família e do companheiro é escasso, dificultando ainda mais o Aleitamento Materno Exclusivo (Pedras, 2008).

Embora até esse momento tenha sido traçada uma linha de raciocínio baseada no nascimento de crianças a termo, a questão do desmame vai além e atinge também uma população bem específica que é a de criança que nasce prematuramente. O nascimento de um bebê pré-termo tende a ser vivido como um momento de crise aguda, ansiogênico e desgastante. A separação imposta pela internação do bebê numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é dolorosa para a família e também para o bebê. A culpa e a ansiedade também são sentimentos característicos dos pais que permanecem apreensivos quanto à sobrevivência do seu filho e quanto a sua normalidade (Toma & Rea, 2008).

O Brasil hoje trabalha com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada ao bebê pré-termo e de baixo peso, à mãe e à família, respeitando-os em suas características e individualidades. Algo formalizado a partir do lançamento, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 693 de 5/7/2000, referente à Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (Organização Mundial de Saúde, 2001;

Toma e Rea, 2008; Rodriguez e colaboradores, 2013). Este método (MC), centrado na humanização, compreende ações desde o pré-natal de alto risco, em que são identificadas as gestantes de risco para parto prematuro, até a alta hospitalar do bebê e sua família (Véras & Traverso-Yépez, 2010).

Ele é desenvolvido em três etapas, em nível hospitalar e ambulatorial, cujos fundamentos básicos são norteados pelo acolhimento ao bebê e sua família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sua subjetividade, respeito à capacidade neurológica do bebê, minimização das intervenções neonatais e do meio ambiente, promoção do aleitamento materno e do contato pele a pele o mais precoce possível, envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê e inserção da rede de apoio aos pais no processo (Dantas, 2011).

Essas ações são realizadas a partir do trabalho da equipe interdisciplinar que deverá ser treinada e sensibilizada para esta metodologia. A equipe deverá atuar com cada um em sua área de especificidade profissional, porém numa postura interdisciplinar frente às demandas do que se pode denominar de “família prematura” (Andreani, 2006; Moreira e Murara, 2012).

O Ministério da Saúde preconiza que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de idade. Porém, essa questão mostra-se contraditória com o que está descrito pelo Ministério do Trabalho e Emprego, no tocante à licença maternidade que é de 120 dias, podendo ser encaminhada 28 dias antes da data provável do parto (BRASIL, 2011).

Ao se considerar que a gestante solicita a licença maternidade 28 dias antes da data provável do parto, restam 92 dias após o parto para dedicação exclusiva ao aleitamento. Portanto, se o tempo de licença maternidade fosse realmente de seis meses, um número maior de mães teria a oportunidade de manter o aleitamento materno exclusivo, o que evitaria o desmame precoce (Valduga e colaboradores, 2013).

Está em tramitação o Projeto de Lei 4505/12 em caráter conclusivo, que amplia o prazo para que a mãe solicite a prorrogação da licença-maternidade em mais dois meses, além dos quatro que já lhe são de direito. Portanto, a mulher poderá fazer o pedido até 15 dias antes do término do primeiro período do benefício (BRASIL, 2012).

Entre os vários fatores que levam ao desmame precoce, além do tempo de internação prolongado e das dificuldades de construção de uma maternagem, destaca-se a prematuridade como um aspecto importante na dinâmica de amamentação nesse tipo de díade.

1.3 PREMATURIDADE

Eles simplesmente não nascem....estreiam... só que a plateia ainda sem saber o momento de aparecer, fica tão deslumbrada... que chora e ri em desvario por vezes, remete-se ao vazio do esgar e deixa-se levar por mãos neutras seu fruto.

Porém, os atores em tela, são exímios pintores de uma espectro variável de cores... onde a paleta reverbera... o pulsar do coração... e o gotejar constante de que somos todos irmãos...

Patrícia Gomes Barboza

Segundo Maldonado (1989), quando um bebê nasce no tempo esperado (bebê a termo), os pais precisam ir se adaptando a esse bebê real, às vezes, muito diferente do imaginado. No caso do bebê pré-termo, eles precisam fazer um ajuste ainda maior. “É um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações” (p.42). A interrupção abrupta de todo um processo preparatório que é a gestação, impossibilita a mãe de um bebê pré-termo experimentar a passagem do “bebê imaginário para o bebê real” (Klaus & Kennel, 1992).

A respeito disso, Raphael-Leff (1997) relatou:

[...] abrindo os olhos, ela defronta-se com uma criaturinha amassada, azulada, magrinha – bem diferente do querubim rosado, bochechudo de seus sonhos. Experimentalmente, saudando o pequeno estranho, os novos pais devem renunciar ao bebê imaginário para dar lugar ao que é real, cujo aspecto, impressão e, algumas vezes, sexo não são, absolutamente, como fora antecipado (p.121).

Os pais permanecem ao lado da incubadora, à espera por um movimento ou expressão do bebê que lhes garanta sua condição de pais, como questiona Mathelin (1999, p. 67): “Como se sentir mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama ao seio, que não olha e que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?” Ainda como nos lembra a autora, assim como a mãe encontra obstáculos para exercer a maternidade, o bebê pré-termo também não consegue ser responsivo, pois seu desenvolvimento depende, em grande parte, da intervenção da equipe de UTI e sua capacidade de respostas aos estímulos externos não corresponde às expectativas de seus pais.

Ao pai ou responsável é dada a função de acompanhar o processo de internação de seu bebê, sendo o primeiro a tomar contato com a nova realidade do atendimento intensivo

oferecido ao bebê, o primeiro visitante, o primeiro a conversar com a equipe, a receber informações sobre o estado de saúde do bebê e de, posteriormente, transmiti-las a sua mulher e ao grupo familiar (Braga & Morsch, 2003). Isso o coloca, sem dúvida, num papel especial nesse momento. Seus afazeres se multiplicam pelas cobranças impostas por outros membros da família, pelas solicitações da equipe de saúde e pela necessidade de suporte a sua mulher. Segundo as autoras citadas, esse início torna-se mais pesado quando o pai está sozinho e não tem com quem dividir suas apreensões, ou quando a mulher não tem um companheiro e/ou não encontra no grupo de familiares e amigos alguém que lhe apoie e acompanhe.

Isto porque o parto prematuro acontece no último trimestre, período no qual a futura mãe estaria processando as transformações próprias desse momento. Ela, mãe precocemente, não passa pelo último período – o puerpério. Considerado por Maldonado (1989) como o quarto trimestre da gravidez, o puerpério é marcado por um padrão característico na primeira semana após o parto, ou seja, a labilidade emocional, em que euforia e depressão alternam-se rapidamente e no qual “se processam os fenômenos involutivos do pós-parto”. Mãe e bebê estão sintonizados do ponto de vista fisiológico, hormonal e comportamental na primeira hora após o parto, um momento ímpar para o fortalecimento do apego (Klaus & Kennel, 1992).

A mãe do pré-termo, sem poder realizar esta última fase de adaptação, vive dificuldades na instalação da preocupação materna primária, formulada e definida por Winnicott (1978) como um estado psicológico da mãe no qual sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada, tem início na gestação e estende-se às primeiras semanas após o parto. As etapas fisiológicas e emocionais dessas mães, devido à precocidade do nascimento de seus filhos, “podem intensificar” ou não, essa fase de desestruturação do *selves*.

Então, uma família “prematura” surge, com parceiros distintos, formados a partir de uma gestação interrompida precocemente. Nesse momento, inicia-se um processo de relação dual que é construído aos poucos, ou num rompante, ou mesmo totalmente desfeito, e são únicos, porque emergem de pessoas (Tavares, 2014).

Atualmente, é a prematuridade a principal causa de morte, morbidade e incapacidade infantil no mundo. O número elevado de neonatos de baixo peso ao nascer constitui, também, um importante problema de saúde, principalmente, nos países em desenvolvimento e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal. No mundo, nascem anualmente vinte milhões de bebês pré-termos com baixo peso e destes, 1/3 morrem antes de completar o primeiro ano de vida (Rodrigues, 2013; World Health Organization, 2010).

O baixo peso ao nascer, é um fator de risco à saúde da criança, importante e que é definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS como aquele inferior a 2.500g (CID 10 – 2009). Dados do Sistema de informações de nascidos vivos – SINASC, do Ministério da Saúde, revelam que do total de 2,8 milhões de nascidos vivos em 2009, houve baixo peso ao nascer em 8,4% das situações, que pode estar associado em conjunto com a prematuridade com a elevação dos índices de mortalidade neonatal (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012).

A prematuridade pode ser um dos diversos fatores de risco que podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos, tornando-se um dos grandes problemas de saúde pública. Ela contribui para a elevação do número de casos de morbimortalidade infantil e também para a elevação do número de casos de invalidez, principalmente, nos países em desenvolvimento (Pizzani, Lopes & Martinez, 2012).

Vieira e Linhares (2011) afirmam que a idade gestacional e o peso ao nascimento são importantes indicadores de risco biológico para problemas de desenvolvimento da criança. Recém-nascidos pré-termo (idade gestacional com menos de 37 semanas) e baixo peso (BP, peso ao nascimento menor do que 2.500 kg) constituem um grupo de risco devido à maior chance de morbimortalidade.

A prematuridade pode ser classificada em: pré-termo limítrofe (PTL, 35 a 36 semanas de idade gestacional), pré-termo moderado (PTM, 31 a 34 semanas de idade gestacional) e pré-termo extremo (PTE, idade gestacional $\leq$ 30 semanas). Recém-nascidos considerados BP ao nascer podem ser classificados em muito BP (MBP, menos do que 1.500 g) e extremo BP (EBP, menos do que 1.000 g) (Cloherty & Stark, 2008).

As crianças que nascem prematuramente são biologicamente imaturas e, conseqüentemente, têm mais probabilidade de apresentar problemas de saúde e de desenvolvimento quando comparadas às crianças nascidas a termo. Essa diferença pode ser observada inclusive ao realizar a comparação do desenvolvimento de crianças nascidas a termo e pré-termo em idade pré-escolar. E um dos fatores que atesta essa vulnerabilidade biológica dos prematuros pode estar associado aos riscos psicossociais do contexto no qual a criança está inserida. Nesse sentido, a criança fica exposta à condição de múltiplo risco, que tem efeito negativo no seu desenvolvimento (Vieira & Linhares, 2011).

No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil, em crianças menores de um ano, são as "afecções perinatais", das quais a prematuridade faz parte. Os bebês que nascem pré-

termo possuem maior risco de adoecer e morrer. Doenças vasculares perinatais (hemorragia cerebral, retinopatia da prematuridade); distúrbios metabólicos (hipoglicemia); infecções respiratórias (Taquipnéia Transitória da Prematuridade – TTRN e a Síndrome do Desconforto Respiratório – SDR); dificuldades em regular sua temperatura (hipotermia); dificuldade de serem alimentados e baixo vínculo (apego) com seus pais fazem com que estes bebês tenham mais chance de serem abandonados. Por todos estes motivos, a criança que nasceu prematura não pode ser considerada da mesma forma que aquela nascida a termo. O bebê pré-termo está em desvantagem frente a um que nasceu em torno das 40 semanas, já que tem que terminar sua maturação fora do útero materno (Silva, 2000).

Dentre as inúmeras afecções perinatais que acometem os pré-termos, destacamos a Icterícia ou hiperbilirrubinemia que afeta cerca de 50,0% dos bebês que nascem a termo e 80,0% dos que nascem prematuramente. E mesmo nos casos em que clinicamente não se observa essa afecção, os níveis séricos de bilirrubina encontram-se elevados, quando comparamos aos da criança e ao do adulto após o período neonatal, sendo uma das causas mais frequentes de surdez, entre outras, nos pré-termos (Fernandes & Nozawa, 2010).

Desse modo, o curso da hiperbilirrubinemia do pré-termo ser mais prolongado, normalmente, se deve ao fato de sua imaturidade hepática, além do curso da elevação da bilirrubina, muitas vezes, estar prejudicado devido ao uso precoce da fototerapia como recurso terapêutico. Assim, o ideal é a obtenção dos níveis séricos de bilirrubina em pré-termos que apresentem as características clínicas, assim como a realização da tipagem sanguínea da mãe e seu filho. Monitorando o bebê após o tratamento, durante 48h, uma vez que, um segundo surto pode aparecer (Enk e colaboradores, 2009).

Como ela é a intercorrência mais frequente no período neonatal, pode ser definida de uma forma resumida, como a concentração sérica de bilirrubina indireta, maior que 1,3 a 1,5 mg/dl ou de bilirrubina direta superior a 1,5 mg/dl, desde que esta represente mais do que 10% do valor de bilirrubina total. Esse aspecto foi enfatizado no estudo pela importância da toxicidade que essa doença representa. As altas concentrações desta substância (Kernicterus) podem acarretar sequelas importantes como: paralisia cerebral espástica, movimentos atetóides, distúrbios de deglutição e fonação, surdez e deficiência mental leve a moderada (Enk e colaboradores, 2009; Pachi, 2003). Os recém-nascidos de maior risco para o desenvolvimento da encefalopatia bilirrubínica são os portadores de doença hemolítica, os prematuros e os que apresentam fatores agravantes da hiperbilirrubinemia. Entretanto, na última década, inúmeras publicações têm alertado para a presença dessa encefalopatia em

recém-nascidos próximos ao termo, entre 35-36 semanas ou a termo na ausência dessas condições (Castillo & Chiang, 2014).

De acordo com Fernandes & Nozawa (2010), estima-se que no Brasil, 3-5 crianças entre 1000 nascem surdas, aumentando para 2 – 4 em cada 100 recém-nascidos, quando provenientes das UTINs. Desse modo, torna-se imprescindível a realização da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), que detecta precocemente a surdez, através de exames objetivos como as emissões otoacústicas (EOA), conhecido como o “teste da orelhinha”, realizados por profissionais em Fonoaudiologia (Azevedo, 2010). A Lei Federal 12.303/10 tornou o teste obrigatório e gratuito, e diz que o mesmo deve estar disponível em todos os hospitais e maternidades (Brasil, 2011). É necessário que o diagnóstico esteja completo até, no máximo, três meses de vida. Médicos otorrinolaringologistas e Fonoaudiólogos devem orientar os pais. E os fatores supracitados, assim como a história de surdez familiar, rubéola e outras doenças aumentam o risco. O tratamento precoce inclui: a reabilitação com aparelhos auditivos, terapia fonoaudiológica e, no caso da decisão familiar, o aprendizado da língua brasileira de sinais (Libras). Já existe, inclusive, a indicação de cirurgia em alguns casos: o implante coclear, que é realizado pelo SUS e tem cobertura obrigatória dos planos de saúde desde Novembro de 2010, de acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS).

Enfim, a internação de um bebê numa UTIN configura-se então numa “situação de crise”, com repercussões sobre todo o grupo familiar, podendo comprometer o estabelecimento dos vínculos afetivos (Maldonado, 1989). A equipe de saúde dessa unidade deve ser capaz de perceber as tramas implícitas e explícitas em jogo, para poder identificar com a família os possíveis caminhos na construção de vínculos. Destarte a prematuridade é uma intercorrência materna e fetal e nenhuma intervenção, por mais sucesso que tenha, não pode abster-se da essência do binômio mãe-bebê e desrespeitar essa unidade biológica e psíquica indissolúvel (Tavares, 2014).

A prematuridade constitui um sério problema pelas altas taxas de morbimortalidade que apresenta e pelos riscos de desenvolvimento que pode acarretar nos bebês. A família, por sua vez, também prematura, geralmente não dispõe de recursos pessoais e/ou sociais para lidar com esta situação mobilizadora e estressante, podendo deflagrar, neste momento, conflitos de diversas ordens. Portanto, percebe-se a importância das redes sociais, que nas suas múltiplas funções, organizam-se através de esforços protetores frente a um evento estressante como o nascimento de um bebê pré-termo e de baixo peso, e sua permanência na

UTIN. Elas exercem a importante função de reduzir o impacto do risco e oferecer oportunidade de um desenvolvimento saudável para a nova família (Andreani, 2006).

Ultimamente, há uma preocupação não só em manter uma sobrevivência, como também, uma qualidade de vida na população de crianças que nascem prematuramente. Não só objetivando a criança em si, como também, as mães (Aquino, 2006). E, embora haja perspectivas, a médio e longo prazo, de promover a atenção humanizada neonatal em um número maior de instituições, o esforço das políticas de saúde deve ser o da prevenção dos fatores de risco para a prematuridade. Assim, o Congresso Nacional Brasileiro numa tentativa de preservar a “saúde” da família desenvolvida prematuramente, aprovou o aumento da licença-maternidade para além dos 120 dias já garantidos pela Constituição em vigor, concedidos no dia 17 de maio de 2013 para as mães de bebês pré-termos. Essa medida tem como objetivo ampliar pelo tempo que for necessário o pagamento do salário-maternidade para as mães que tiverem filhos prematuros extremos, além dos quatro meses, já assegurados pela Constituição Federal.

Como já citado anteriormente, são consideradas prematuras extremas as crianças que nasceram com exigências redobradas de cuidados e sem condições de deixar o hospital. Para essa população, as de baixo peso e os pré-termos, além dos avanços tecnológicos elaborados nas unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs), segue-se o advento de um cuidado prolongado, com o objetivo de uma maternagem ampliada, pesquisado e comprovado mundialmente e implementado no Brasil, denominado de Método Mãe Canguru, especificado a seguir.

1.4 O MÉTODO CANGURU

*Criado como suporte, de um país pobre, foi o norte... partiu para
o mundo todo como uma benção... levando a humanização
para as salas frias de então... e aquecendo o coração daqueles que
possuem literalmente... vidas latentes, valentes e prementes.
Resgatando a riqueza da equipe, no valor ético sobre o individual,
cada um, com seu cada qual...*

Patrícia Gomes Barboza

A ideia de que a própria mãe pudesse ser a fonte de calor para seu bebê pré-termo surgiu na Colômbia, devido à escassez de incubadoras. Hoje, o Método Canguru (MC) tem

sido adotado tanto nos países em desenvolvimento quanto naqueles desenvolvidos. No Brasil, o Ministério da Saúde (2000) lançou a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, estabelecendo as diretrizes para sua aplicação nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Em linhas gerais, essa norma prevê: abertura das unidades neonatais de forma ampla aos pais, para que eles possam, o mais rápido possível, tocar o (a) filho (a); contato pele a pele prolongado, particularmente com a mãe, para propiciar o bem-estar e a adaptação mais rápida do bebê à vida extrauterina e estimular a prática da amamentação; a alta hospitalar mais precoce do bebê e continuidade do contato pele a pele no domicílio, até cerca de quarenta semanas de idade gestacional (Toma, 2003).

O Método Canguru (MC) apresenta-se como um tipo de assistência humanizada para o atendimento do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. Adota a prática de colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe no intuito de fortalecer o vínculo mãe-bebê, incentivar o aleitamento materno e promover maior segurança nos cuidados com o filho (Charpak, 2001; Toma & Rea, 2008; Rodriguez e colaboradores, 2013).

Esse Método foi criado no Hospital San Juan de Dios – Instituto Materno Infantil (IMI) – de Bogotá, Colômbia, em 1979, pelos doutores Edgar Sanabria Rey e Héctor Martínez Gomes, em resposta ao elevado índice de mortalidade entre os recém-nascidos pré-terms, cuja principal causa era a infecção hospitalar. A preocupação, na época, era a busca de alternativas para as dificuldades de acesso à tecnologia, o que obrigava a equipe de saúde a colocar dois ou três bebês juntos em uma mesma incubadora, multiplicando as possibilidades de infecção.

Assim, desenvolvido como uma resposta à falta de incubadoras e à separação da mãe de seu filho durante a evolução neonatal, o Método Canguru (MC) é considerado por Caetano (2004) como uma oportunidade da mãe retornar às suas funções de provedora das necessidades biológicas, motoras e emocionais da criança; inicialmente, suprimidas pela equipe hospitalar que, praticamente, assume a função de “cuidadora” devido às dificuldades inerentes à prematuridade em si e à internação por tempo prolongado. Havendo com isso uma consequente redução tanto da mortalidade neonatal intra-hospitalar como do tempo de permanência das mães e de seus bebês prematuros na maternidade.

Os critérios de participação no MC são o de mães e “pais”, tanto no sentido tradicional, como também, nas novas configurações familiares que, com o suporte da equipe de saúde, deverão ter o contato o mais breve possível com seu filho recém-nascido baixo peso e/ou pré-termo, desde o momento de sua admissão até sua alta hospitalar, com

acompanhamento ambulatorial especializado (Brasil, 2002). Assim, o método é desenvolvido em três etapas, a saber:

A primeira etapa é o período logo após o nascimento, em que o recém-nascido necessita de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) até a sua estabilização clínica, e a família é orientada sobre as vantagens do método, com acesso livre dos pais e/ou companheiro(a)s para o estímulo tátil-proprioceptivo. Nesse momento os pais/familiares são informados sobre os procedimentos hospitalares, sobre as medidas de controle de infecção (lavagem adequada das mãos), assim como, sobre a importância da amamentação, com a participação efetiva da equipe. Esse contato deve estabelecer-se e progredir até que a criança seja colocada no tórax da mãe ou do pai.

Após o período de treinamento e adaptação realizados anteriormente e com a estabilização clínica de seu bebê, o peso mínimo de 1.250g, o ganho de peso diário maior que 15g e a nutrição enteral plena (peito, sonda oro ou nasogátrica ou copo); a díade estará apta para a segunda etapa que funciona como um estágio pré-alta, que é a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), que é uma enfermaria com um espaço, em geral, dividido em três compartimentos: um ambiente com camas; um refeitório contíguo e uma sala de visitas, ou seja, um local onde mãe e filho permanecem na posição canguru por um tempo mais prolongado, com a anuência da equipe e da genitora/família, uma vez que ambos permanecerão pelo tempo que for necessário nessa unidade, até a alta do bebê.

Para que a mãe possa passar à terceira etapa que consiste no adequado acompanhamento ambulatorial da criança, ela necessita de uma “independência funcional” em relação aos cuidados dispensados ao seu filho, ou seja, estar motivada para a continuidade das orientações passadas durante o seu estadiamento na UCINCa, que a criança esteja com sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta. Como também, a garantia de retorno frequente à unidade de saúde para a continuidade no ambulatório especializado de três consultas na primeira semana, duas consultas na segunda semana e na terceira em diante, de pelo menos, uma consulta, até que a criança adquira o peso de 2.500g ou numa situação emergencial.

O Método Canguru (MC), no Brasil, enquanto política de saúde mostra-se como um conjunto de estratégias de intervenção que viabiliza fatores de proteção para o desenvolvimento de bebês pré-termos, pois assegura a formação e/ou fortalecimento do vínculo afetivo mãe-pai-bebê e estimulação precoce, cuidados individualizados ao bebê,

respeitando sua capacidade neurológica e de interação, inserção da família nos cuidados e acompanhamento do bebê, além de representar para a família um suporte social importante na situação de crise em que se encontra.

De acordo com Muller-Nix e colaboradores (2004), dentre os elementos envolvidos na questão da prematuridade, o impacto da qualidade da interação pais-bebê prematuros é muito importante. Os avanços para efetivar essa interação, no entanto, datam somente de duas décadas, como a presença dos pais na Unidade Neonatal e o aumento do suporte emocional oferecido aos pais nesse período. Linhares (2003) também ressalta a importância dos grupos de pais de bebês pré-termos e/ou doentes, que através do apoio de membros da equipe interdisciplinar, podem elaborar a situação de crise que vivenciam, além de se configurar num grupo de fortalecimento mútuo.

Assim, o Método Canguru não representa apenas uma substituição terapêutica de esquemas comprovadamente úteis, mas a recuperação do papel de protagonista que tanto a mãe como a criança podem representar na feliz culminação das circunstâncias traumáticas por ambas vividas. A presença permanente e solidária do grupo familiar torna-se essencial na aplicação da metodologia Canguru. Além disso, a permanente participação da equipe de saúde tem por objetivo facilitar e garantir melhores condições para o vínculo mãe-filho-família (Charpak, 2001).

O MC visa fundamentalmente a uma mudança no paradigma da atenção ao recém-nascido de baixo peso, sua mãe, família e aos profissionais envolvidos nesse atendimento, objetivando uma abordagem mais humanizada. Dessa forma, o contato pele a pele precoce que se estabelece entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso ocorrem de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, assim, uma participação maior dos pais no cuidado do seu recém-nascido. Esse contato feito de forma gradual pode evoluir até a colocação da criança em posição canguru, que é o posicionamento do bebê em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto, que pode ser a mãe, pai ou eventualmente algum outro familiar (Oliveira, 2002). A participação da família no MC propicia à mãe, o compartilhar mais ativo no cuidado à criança para que ela se empodere, ou melhor, readquira, gradativamente, sua unidade, potencializando-se enquanto cuidadora. Este fato faz com que a família exerça a sua autonomia e fortaleça a sua responsabilidade pela criança.

Os bebês pré-termos têm um maior risco à mortalidade, bem como, às complicações decorrentes das infecções e das lesões, as quais podem levar à paralisia cerebral, à deficiência

mental e a outros distúrbios físicos e neurológicos, por exemplo. Necessitam, portanto, ao nascer, de cuidados especiais intensivos, sendo, muitas vezes, internos em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), até saírem da situação de risco, que pode demorar entre dias e meses. Destacam-se aqui não só a participação da equipe como proativa, mas também, sua interação com a família, intermediando todo o processo de estadiamento no hospital (Véras & Traverso-Yépez, 2010).

Antes do MC ser implantado como projeto de lei, algumas maternidades, como o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, em Recife, e o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, já vinham aplicando essa técnica como um projeto-piloto. Entretanto, apenas em 2002, o Ministério da Saúde, em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), e a Fundação Orsa lançaram um manual de treinamento das equipes de saúde para atuarem no Programa Canguru (Brasil, 2002).

Uma das preocupações que a equipe do MC preconiza, e que se faz necessário junto à família, tanto durante a internação, como na iminência da alta. É o trabalho de identificação preliminar, junto aos cuidadores com quem, de fato, eles poderão contar e como eles construirão sua rede social de apoio. Segundo Sluzki (1997), cada vínculo da rede pode desempenhar mais de uma função, de modo que, a tia materna, por exemplo, pode servir como ajuda material ao mesmo tempo em que participa como apoio emocional.

A rede social pode fornecer várias práticas de apoio, dependendo da necessidade do indivíduo: apoio emocional, instrumental (ou material), informacional (ou informativo), presencial e auto apoio. O apoio emocional está relacionado à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém afetivamente disponível; o apoio instrumental refere-se à assistência prática e direta na realização de atividades concretas ou resolução de problemas; o apoio informativo diz respeito à obtenção de informações e conselhos úteis para lidar com situações ou resolver problemas; o apoio presencial consiste na disponibilidade de passar um tempo com a pessoa, compartilhando interesses e atividades sociais, fazendo com que a pessoa se sinta fazendo parte do grupo e o auto apoio é o apoio pessoal para consigo mesma, enquanto ser humano (Monte e colaboradores, 2013).

A figura dos avós na relação dos cuidados com a filha (ou nora) e seus netos é muito comum e também imprescindível. Toma (2003) afirma que um meio de ampliar a família é certamente através deles, tanto pela ligação com as crianças quanto pelo benefício mútuo das

relações familiares. Este apoio por parte deles é denominado por Braga e colaboradores (2001), de “maternagem ampliada”.

Enfim, a adoção dessas medidas, em especial, a prática do MC, procura estimular o maior apego, a segurança, o incentivo ao aleitamento materno e pode proporcionar um melhor desenvolvimento à criança. Porém, em nenhum momento a norma preconizada apresenta-se como um substituto ou se contrapõe às tecnologias modernas de atendimento ao recém-nascido de risco, as quais devem ser encaradas com indicações precisas sempre que necessárias. Mais do que isso, essa proposta de cuidados estabelece conceitos muito importantes e atuais no manuseio desse grupo de pacientes, constituindo-se numa nova visão de atendimento suscetível às pesquisas de aprimoramento (Oliveira, 2002).

No que se refere à amamentação propriamente dita ocorrida no MC, esta se inicia após a estabilidade clínica do bebê e a retirada gradual da sonda colocada para alimentação, que pode ser orogástrica (sonda via oral) ou nasogástrica (sonda via nasal), que varia de acordo com a dinâmica de cada instituição. Com o “desmame” da sonda (Medeiros e colaboradores, 2011), o aleitamento materno se estabelece, seja de uma forma exclusiva, que é o ideal do MC ou de forma parcial/mista, quando há uma complementação por fórmulas, no caso das mães com produção láctea insuficiente e através da alimentação alternativa, como o uso do copinho. Esse processo também ocorre, quando a criança apresenta intercorrências clínicas inerentes ao quadro de prematuridade e não pode ingerir o leite materno, como, por exemplo, na alergia à proteína do leite (Solé & colaboradores, 2008).

Algumas mulheres, sejam elas mães de bebês a termo ou pré-termos, estão disponíveis, física e emocionalmente, apenas para o contato corpo a corpo (mãe e bebê permanecem vestidos), e não para o contato pele a pele. Porém, as mães daqueles que nascem prematuramente, podem vivenciar situações diferenciadas, dada à insegurança provocada pela própria fragilidade de seu filho pré-termo e às pressões realizadas pela família e amigos em relação a sua capacidade de amamentar, somados aos mitos e tabus que cercam o aleitamento (Melo, 2010).

Rapoport (2003) afirma que aquelas mães com uma rede social mais consistente e que, por sua vez, podem ter suas necessidades emocionais atendidas, tendem a solicitar mais apoio para elas mesmas, bem como manter uma interação mais sensível com o bebê e ressalta a necessidade particular das mães de acolhimento para a sua dor e sofrimento intensos e de serem reasseguradas em relação aos cuidados que desempenham frente a seus filhos, os quais, de fato, necessitam também dos cuidados especializados de profissionais para sobreviver.

Estes autores enfatizam a intensa vivência psíquica das mães, em que desejo, culpa, medo e ansiedade se misturam, fazendo-as sentirem-se muito isoladas dentro do seu sofrimento. Essas particularidades são inerentes a todas as mães. Porém, isso fica mais acentuado quando nos referimos ao universo das mães de crianças pré-termo que, às vezes, “afundadas em dor” e sem o preparo devido, podem apresentar mais dificuldades para lidar com a demanda avassaladora das várias aprendizagens.

Desse modo, a mãe, durante a internação de seu filho prematuro, necessita de uma rede cuja função seja a do apoio emocional, que, conforme Sluzki (1997) consiste em uma relação de empatia, de estímulo e apoio estabelecida através de amizades íntimas e de relações familiares próximas, que de fato sejam significativas para esta mãe e/ou pai. Muitas vezes, para poder acompanhar seu filho internado, ela precisa de outros vínculos para desempenhar a função de companhia social e ajuda material em casa com seus outros filhos, além de ter que contar com pessoas que possam compartilhar informações pessoais e/ou sociais e que possam servir como um “guia cognitivo”, função essa que dentro de uma instituição, seja pública ou privada, deve ser monitorada pela equipe hospitalar.

Como coloca Monte e colaboradores (2013), as mães precisam da ação efetiva dos referentes, ou seja, dos atores da rede social da mulher, como estímulo e reforço à prática ou não da amamentação, assim como, da sua continuidade; haja vista que cada um tem o seu cada qual, e nesse processo singular, o contexto pode ser frutífero ou não.

O idealizado no Método Canguru é que a criança receba alta clínica quando a mãe tiver o domínio sobre o aleitamento e os cuidados que devem ser dispensados ao bebê no processo de continuidade alimentar em casa. Em geral, como rotina e garantia da efetividade do MC, são agendados retornos que incluem atendimentos multidisciplinares, inicialmente semanais, depois, mensais e, finalmente, semestrais, constituindo esta a última etapa da referida metodologia (Toma, 2003). Para além desse acompanhamento, faz-se importante compreender as atitudes e comportamentos que favorecem ou não a disposição da mãe para amamentar, seja no MC ou após a alta clínica do bebê, como será discutido a seguir a partir da Teoria da Ação Racional.

1.5 A TEORIA DA AÇÃO RACIONAL (TAR)

*Teoria da Ação Racional, uma escala de razão proporcional
tentativa de mensurar um comportamento de difícil precisão, previsibilidade
e ação... Porém, com uma indelével intenção... ajudar na construção
de novas perspectivas de prevenção...*

Patrícia Gomes Barboza

O modelo da Teoria da Ação Racional (TAR) desenvolveu-se no campo da Psicologia Social e deriva de um conjunto de estudos realizados sobre o construto das atitudes. E, devido ao seu relevo na literatura, muitos estudiosos definiam o estudo científico das atitudes, inserindo-o numa posição essencial nesta área do saber (Ajzen & Fishbein, 1980; D'Amorim, 1996). A perspectiva da Psicologia Social vinculada à TAR teve uma influência de Floyd Allport, um psicólogo social behaviorista que defendia que a Psicologia Social deveria concentrar-se no estudo experimental e focado no indivíduo na medida em que o grupo constituía-se tão somente em mais um estímulo do ambiente em que estava inserido (Almeida, 2010).

As atitudes constituem-se em um dos construtos mais antigos no contexto sócio psicológico e mesmo com o não consenso entre a maioria dos teóricos em relação a como defini-la, alguns conceitos são vinculados a ela, e entre eles podemos encontrar as crenças, os valores e as opiniões; assim como, envolvem as avaliações de objetos sociais (Ferreira, 2010). Petty & Briñol (2010) defendem que as atitudes manifestas, ou seja, as mais intencionais, costumam predizer os comportamentos mais conscientes.

O Modelo da Teoria da Ação Racional (TAR) (Theory of Reasoned Action), de Martin Fishbein e Icek Ajzen (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), direciona-se para a exploração do comportamento intencional, racional ou planejado dos indivíduos, enquanto determinante final do comportamento, ao mesmo tempo em que contribui na explicação e predição de comportamentos preventivos para a promoção da saúde, uma vez que privilegia os aspectos pessoais, sociais e cognitivos relativos à modificação do comportamento humano. Nessa perspectiva, a intenção é assumida como principal preditor do comportamento e a ela está relacionado a um conjunto de outras variáveis. O aspecto diferencial se faz, entretanto, pelo esclarecimento, através desta teoria, de como as variáveis estão relacionadas, de forma que o comportamento não somente pode ser predito como também explicado (Moutinho, 2000; Almeida, 2010).

De acordo com os autores da TAR, Ajzen & Fishbein (1980), as crenças constituem a “pedra fundamental” da estrutura conceitual da teoria. Sobre as bases da observação direta da informação recebida por vários caminhos inferenciais, a pessoa aprende ou forma um determinado número de “crenças” sobre um objeto (fenômeno). Após isso, o indivíduo associa ao objeto vários atributos. Assim, a totalidade das crenças que o indivíduo constrói sobre ele mesmo, sobre outras pessoas, sobre as instituições, comportamentos e eventos, em geral, fundamentam e podem determinar suas atitudes, intenções e comportamentos.

Dentro de uma perspectiva histórica, a compreensão da relação entre atitude e comportamento foi bastante influenciada e explicada por teóricos como Thurstone (1928), que desenvolveu métodos para mensurar atitudes, usando escalas de tempo como a Likert. Em 1935, Allport teorizou que a relação atitude-comportamento não era unidimensional como anteriormente se pensava, e sim multidimensional. As atitudes, então, passaram a ser vistas como sistemas complexos resultantes de crenças sobre o objeto (cognições), seus sentimentos pelo objeto (afetos), e suas tendências em agir de acordo com suas cognições e afetos (comportamentos). (Veloso, 2000; Moutinho, 2000; Almeida, 2010.)

A TAR foi elaborada em 1967 e nos primeiros anos da década de 70 foi revista e aprofundada por Ajzen & Fishbein. Em meados de 1980, a teoria foi usada para estudar comportamentos humanos específicos e desenvolver intervenções singulares a estas condutas. Esses teóricos têm como pressuposto básico que todo sujeito é uma espécie racional e, dessa forma, faz uso frequente e/ou contínuo das informações que estão disponíveis, para chegar a uma decisão comportamental que lhe pareça a mais congruente para a situação em que se encontra e que faça parte de seu repertório cognitivo. Todavia, Fishbein & Ajzen (1975) e Ajzen & Fishbein (1980) enfatizam que a conduta humana é baseada em suas subjetividades, bem como nas informações disponíveis que não necessariamente significam serem autênticas, éticas, completas ou preventivas. De acordo com a percepção de seus autores, uma pessoa antes de realizar ou não uma conduta, usualmente, fará uma avaliação das consequências de suas ações. Porém, eles não aceitam responsabilizar aos motivos inconscientes a prevalência de serem percebidos como variáveis determinantes e controladoras diretas da conduta humana social. O que reforça o pressuposto de que a maioria das ações de relevância social de um sujeito está sob o controle do ato pelo qual a vontade se manifesta, vindo a justificar o nome de Teoria da Ação Racional (Veloso, 2000; Almeida, 2010; Moutinho e Roazzi, 2010).

De acordo com a TAR, o mais importante determinante do comportamento de um sujeito é a Intenção Comportamental. A Intenção de um indivíduo em realizar uma

determinada ação, baseia-se na conjunção da atitude sobre a realização de uma determinada conduta e/ou na Norma Subjetiva. A Atitude individual em relação ao comportamento inclui: a Crença Comportamental e as valorações sobre resultados comportamentais (as consequências). A Norma Subjetiva inclui: Crenças Normativas e a Motivação para concordar com os referentes (pessoas que influenciam ou não).

Fishbein & Ajzen (1975) demonstram, através de sua teoria, que os constructos explicativos das condutas dos sujeitos são: a Atitude com as Crenças Comportamentais, a Norma Subjetiva com as Crenças Normativas e a Intenção Comportamental. Desse modo, faz-se mister a priori, a explanação de seus construtos para que haja uma melhor interpretação dos resultados encontrados no estudo em tela.

As Crenças Comportamentais são a compreensão que o indivíduo elabora a respeito de si próprio e do seu meio. O ser humano vai formando crenças sobre si mesmo, sobre os acontecimentos, objetos, outros sujeitos, instituições, comportamentos e demais situações que permeiam o seu universo. Para os autores, a forma mais adequada para a mensuração é colocar o sujeito ao longo de uma dimensão de probabilidade subjetiva, envolvendo a ligação de um objeto a um atributo. No presente estudo, o escalonamento proporcionado pela Likert avalia a intensidade da Crença Comportamental, ou seja, o seu comportamento sobre o objeto (amamentar ou não) e avalia as suas consequências e motivações quando, por exemplo, a mãe relata que amamenta porque é o melhor para o seu filho, ou que o seu leite protege seu filho de doenças.

A Norma subjetiva é a valoração da percepção das pessoas que são importantes para o sujeito, ou seja, o que a comunidade em que está inserido acha que ele deveria manifestar em termos de comportamento em uma dada situação. É importante o destaque de que na TAR, o conceito da norma em tela tem uma conotação apenas relacionada aos referentes (pessoas), àquelas que detêm certo controle sobre os sujeitos e a emissão de suas condutas, e não a um sentido sociológico mais amplo. Então, as Crenças Normativas são conceituadas como sendo “crenças do sujeito sobre as expectativas normativas de que pessoas que lhe sejam relevantes (referentes) achem que ele deve ou não desempenhar o comportamento em questão”. Ou melhor, um indivíduo para executar certo comportamento, leva em consideração o que outros pensam que ele deveria fazer, antes de realizar o ato em si. Esses “outros” podem ser amigos íntimos, cônjuge e pais, entre outros.

Para a TAR, a Intenção Comportamental é uma indicação de o quanto as pessoas estão dispostas a tentar e de quanto de “esforço” elas estão planejando empregar, com a finalidade

de realizar uma dada conduta, seja ela favorável/vantagem ou desfavorável/desvantagem. A TAR começou a olhar para as Intenções Comportamentais como antecedentes imediatos do comportamento, perpassando por aspectos volitivos e conscientes. Acredita-se que quanto mais forte a intenção de uma pessoa em realizar um comportamento particular, mais satisfatórios são os comportamentos. Elas são uma função das crenças salientes e/ou informações sobre a probabilidade de que a execução de um comportamento particular vai levar a um resultado específico, e que podem mudar no decorrer do tempo. Quanto maior o período de tempo entre a intenção e o comportamento, maior a probabilidade de que eventos não previstos irão produzir mudanças nas intenções. Porque não há o interesse apenas em prever comportamentos, mas em compreendê-los, através do que os teóricos da TAR chamam de determinantes das intenções comportamentais. Ou seja, ela é influenciada por dois componentes: a atitude da pessoa para executar o comportamento, da qual ela avalia o seu próprio desempenho – Crença comportamental de natureza pessoal e a Norma Subjetiva que é a pressão social/normativa percebida.

Vale ressaltar que, embora um sujeito possa ter um grande número de Crenças comportamentais sobre um dado objeto, pessoa ou situação, frequentemente um reduzido número delas é emitido, as quais são aqui destacadas como crenças modais salientes. Que podem, através de incentivo ou após certo tempo transcorrido, criar novas crenças, como também, extinguir outras, relacionadas a um mesmo comportamento.

Assim, de acordo com as premissas da TAR, é impossível determinar com precisão o ponto exato onde começam e terminam as crenças modais salientes, no entanto, seus autores recomendam de se levar em conta, entre as 05-09 primeiras crenças emitidas.

No que concerne à Norma Subjetiva, ela é identificada pelo que é percebido dos referentes individuais ou grupais específicos, multiplicados pela motivação da pessoa para concordar ou não, com os mesmos. (Fishbein e Ajzen, 1975).

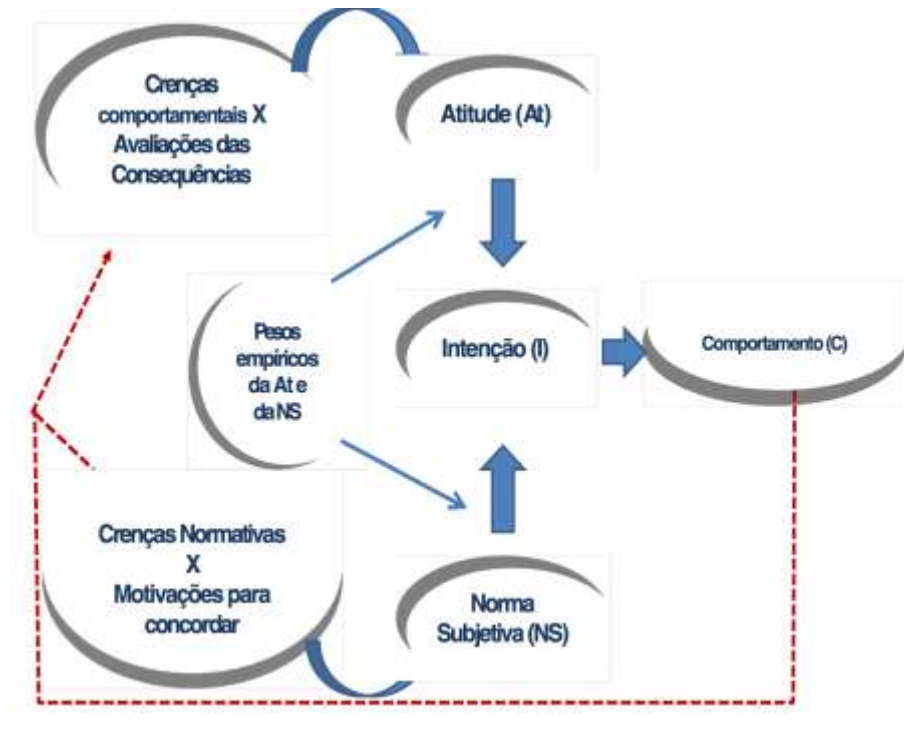
De acordo com os teóricos do estudo, algumas Intenções Comportamentais podem ser mais determinadas pelas Normas Subjetivas que pelas Crenças comportamentais (atitudes) ou vice-versa. Há também a possibilidade das intenções serem determinadas igualmente por ambas, o que significa que estes fatores não se mostram excludentes.

Os autores ainda complementam que a estabilidade das Intenções Comportamentais, pode ser explicada, uma vez que elas não apresentam a característica de serem imutáveis, ou seja, isto significa que características de personalidade, experiências novas e/ou traumáticas,

informações atualizadas sobre o comportamento que está sendo investigado, elevação ou diminuição da autoestima, inserção em seitas religiosas e o transcorrer do tempo, podem proporcionar um amadurecimento psicológico e social a um sujeito. Para a TAR, no entanto, o tempo é a variável que pode ter a influência mais direta sobre o comportamento, ou seja: quanto menor o tempo transcorrido entre o levantamento das crenças modais salientes e a aplicação do questionário para se chegar aos preditores das condutas estudadas, maiores serão as possibilidades de sucesso dos objetivos da pesquisa.

De acordo com Fishbein e Ajzen (1980), a intenção comportamental compõe-se de quatro elementos: o comportamento, o objeto a que se dirige (alvo), o contexto e o tempo em que se realiza. O nível mais específico seria aquele em que a pessoa se propõe a realizar o comportamento particular, em relação a um dado objeto, numa situação específica e num dado momento do tempo. A intenção comportamental avalia-se através da probabilidade subjetiva em realizar um determinado comportamento e os autores a definem como “a localização pessoal numa dada dimensão de probabilidade subjetiva, envolvendo uma relação entre si mesmo e uma dada ação”. Dessa forma, os mesmos autores, demonstraram através do seu modelo, que são cinco os construtos utilizados para explicar e prever a ocorrência de um comportamento: a atitude e as crenças comportamentais (e as avaliações de suas consequências), a norma subjetiva e as crenças normativas (e as suas motivações para concordar) e a intenção comportamental. Uma síntese do modelo da Teoria da Ação Racional pode ser vista na Figura 1 a seguir:

Figura 1. Modelo ilustrativo da TAR. (Almeida, 2010)



Como esquematizado na figura acima, a atitude na TAR é o resultado de um “somatório” de crenças e normas que geram uma expectativa de valor, com a avaliação das consequências, somadas às pressões sociais (pesos empíricos), que promovem uma intenção e levam a determinado comportamento.

Os pesos empíricos da Figura 1 são obtidos em valores absolutos e os coeficientes encontrados das correlações realizadas e equações de regressão, usados para o trabalho estatístico especificado para a TAR que é baseado no que é mais relevante (saliente) para o indivíduo, tanto no aspecto pessoal – crença comportamental, quanto no aspecto normativo – crença normativa. Ou seja, para os autores da teoria, esses referentes têm os seus valores analisados de uma forma lógica e psicométrica com o objetivo de analisar o comportamento a ser investigado, ou melhor, a intenção comportamental que leva ao comportamento.

Como o objeto do presente trabalho é conhecer um pouco mais sobre o comportamento de amamentar ou não de mães de prematuros, buscaram-se na TAR, desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1980), os parâmetros de mensuração para a base desse estudo.

2 MÉTODO

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo geral

Investigar os fatores preditores (normas, crenças e atitudes) de amamentar ou não e manter ou não a amamentação em uma amostra de mães de crianças pré-termos em hospitais com a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) e sem a UCINCa.

2.1.2 Objetivos específicos

1. Analisar os preditores e a intenção comportamental das mães de pré-termos de amamentar ou não e manter ou não a amamentação;
2. Avaliar as normas, crenças e atitudes da intenção comportamental das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças;
3. Verificar a influência dos aspectos Sócio demográficos das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças.

2.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Com base nas articulações teóricas e no objeto do estudo, foi feito um estudo do tipo Exploratório que visa, entre outros aspectos, investigar e compreender o comportamento humano com o intuito de compreender melhor o fenômeno em destaque (Malhotra, 1993; Gil, 1999; Bottaro, 2008).

Para realização da pesquisa e obtenção dos dados sobre os fatores preditores (normas, crenças e atitudes) de amamentar ou não e manter ou não a amamentação em uma amostra de mães de crianças pré-termo em hospitais com a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, optou-se por tomar como fundamento, de forma associada, as abordagens quantitativa e qualitativa.

Na abordagem quantitativa, os dados foram mensurados e comparados para suscitar a compreensão da predição do fenômeno em tela, que somados aos dados qualitativos coletados

a partir de questionários e áudios, gravados durante as interações sociais, possibilitaram analisar os significados que as mães atribuem ao fato (Campos, 2000).

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra foi composta por um total inicial de 118 mães, que foram submetidas à primeira parte da pesquisa. Desse total, uma parte foi composta por puérperas estadeadas em dois hospitais públicos do Recife–PE que possuem o Método Canguru, denominados Hospital A e Hospital B; e outra parte – a do Hospital Controle, constituída por mães que também fazem parte da Iniciativa Hospital Amiga da Criança (IHAC), porém, sem a UCINCa.

Todavia, devido ao acesso incorreto dedados de identificação, que inviabilizaram os contatos *a posteriori*, na segunda parte do estudo, esse número foi reduzido a um somatório final de 69 mães. Desse total, ao final, as participantes dividiram-se em: 25 mães do Hospital A, e 44 mães do Hospital B. O tamanho amostral desigual entre os hospitais justifica-se pelo fato do Hospital B ter o dobro de leitos em relação ao Hospital A. Com 10 mães do Hospital C – o controle.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

2.4.1 Hospital A

O Hospital A, situado na região norte da cidade de Recife, é um Hospital amigo da criança (IHAC), que possui uma UCINCa com 10 leitos. Estes são dispostos em um alojamento conjugado a uma sala onde são realizadas todas as refeições e na qual se encontram um micro-ondas, um frigobar e armários para alojar mantimentos. Em frente a essa sala de refeições, há um sofá que serve de estar para o recebimento das visitas e um banheiro de uso coletivo. O espaço é compartilhado de forma equânime e as mães permanecem junto aos seus filhos pré-termos até a alta hospitalar, em um ambiente fechado, com ar-condicionado central, janelas vedadas com vistas às partes frontal e laterais da referida instituição. Um dos pontos favoráveis na Unidade de Neonatologia da referida instituição é que ela é toda estruturada em um mesmo andar, ou seja, permitindo um deslocamento facilitado tanto das mães como dos profissionais.

2.4.2 Hospital B

O Hospital B, situado na região central da cidade, também apresenta a titulação de Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru. Possui um alojamento composto de vários ambientes onde estão dispostos: 20 leitos, em ambiente fechado com ar-condicionado central. Similarmente ao Hospital A, as mães permanecem junto aos seus filhos pré-termos até a alta hospitalar. Porém, diferente deste último, no Hospital B, são encontrados espaços abertos, com dois banheiros contíguos. Há também, uma cozinha com fogão, geladeira e armários para armazenar suprimentos, acoplados a uma sala de estar com televisão e terraço de inverno, com vistas à cidade, locais de uso comum para as genitoras e visitantes. A unidade de Neonatologia é distribuída em dois andares, o que é um ponto discutido pelas puérperas que possuem filhos gemelares e têm o seu deslocamento dificultado, principalmente, aquelas cirurgiadas¹.

2.4.3 Hospital C – Controle

Esse Hospital está situado na cidade de Vitória de Santo Antão-PE, e não possui a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), apenas a Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo), ou seja, um alojamento com 12 incubadoras e cadeiras de descanso, onde as puérperas realizam a transição da sonda orogástrica para o seio materno, com o suporte de um alojamento no térreo da Instituição. É neste local que as mães descansam e fazem as suas refeições servindo como lugar de socialização. Esse alojamento é opcional, pois algumas mães optam por ficar em casa, realizando visitas à unidade quando desejam.

2.5 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

O estudo foi composto por quatro (04) instrumentos: quatro questionários, nos quais foram organizados os dados para a mensuração do fenômeno amamentar ou não e manter ou não essa amamentação, ao nascimento e aos seis meses.

¹ Mães cirurgiadas têm dificuldades de deslocamento e quando os filhos são gemelares e apresentam uma evolução diferenciada, algumas instituições colocam os que estão em risco nas Unidades específicas, de acordo com a intercorrência, longe das mães. O que prejudica a acessibilidade.

Os questionários utilizados foram: (1) o sócio demográfico ao nascimento (Apêndice A), que apresentou um cabeçalho com a identificação das mães para posterior contato aos seis meses, (2) o questionário com as questões pontuais da TAR sobre a amamentação (Apêndice B), (3) o questionário sócio demográfico aos seis meses (Apêndice D) e (4) o questionário do tipo Likert (Apêndice E).

Os instrumentos foram agrupados em Duas Etapas. A Primeira Etapa foi composta por dois questionários: o sócio demográfico ao nascimento, com dados fornecidos pela genitora e dados referentes à criança, retirados dos prontuários dos hospitais participantes do estudo, pela pesquisadora; e o sobre a amamentação, com perguntas abertas e fechadas, com o escopo da TAR. Ambos idealizados pela autora da pesquisa.

A segunda etapa também foi composta por dois questionários: o sócio demográfico aos seis meses, respondido pelas participantes que foram contatadas e efetivaram o compromisso de seguimento ao processo da pesquisa; bem como, pelo questionário tipo Likert da TAR, obtido com o abalizamento qualitativo e quantitativo proposto pela teoria metodológica em tela (Apêndice C). Abaixo, seguem descrições detalhadas de cada instrumento utilizado na pesquisa.

2.5.1 Questionário Sócio demográfico ao nascimento (Apêndice A)

Composto inicialmente de um cabeçalho de identificação, imprescindível para o seguimento longitudinal via telefone ou e-mail, com as mães, *a posteriori*. Além disso, apresentou questões sobre as variáveis sócio demográficas, para possibilitar cortes possíveis no que se refere aos aspectos gerais da população investigada, como, por exemplo, aspectos relativos à família, à mãe, à criança e ao ambiente para que os vieses fossem minimizados.

2.5.2 Questionário sobre a amamentação (Apêndice B)

Foi constituído com base na TAR por meio de perguntas que geraram um questionário semi estruturado, englobando as três instituições participantes do estudo.

O objetivo desse instrumento foi o de obter respostas pontuais sobre as possíveis consequências do comportamento amamentar ou não e acerca da aceitação social dessa ação. Ele serviu de base para a construção do questionário Likert (Apêndice E), para avaliação das qualidades psicométricas, em que as crenças e normas modais salientes foram expostas e depois agrupadas em categorias por similaridades de conteúdo, de acordo com Bardin (2004),

tendo como base os pressupostos da TAR, assumidos nesta pesquisa. Este questionário foi submetido, também, à análise de conteúdo temática, para possibilitar a emergência de respostas que possibilitassem a identificação do fenômeno amamentar e sua manutenção dentro do espectro das mães.

2.5.3 Questionário Sócio demográfico aos seis meses (Apêndice D)

Esse questionário foi realizado apenas nas unidades com a UCINCa, de forma similar ao Questionário sócio demográfico ao Nascer (Apêndice A), com questões relativas à manutenção ou não da amamentação aos seis meses, com perguntas relativas à mãe, como: o tempo de aleitamento materno exclusivo e a introdução de fórmulas lácteas; e aquelas vinculadas à criança, tais como, o uso de vias alternativas de alimentação e a introdução de chupeta; assim como, dados ambientais como o acompanhamento do follow up, característico do Método Canguru e em programas de saúde da família.

2.5.4 Questionário Tipo Likert (Apêndice E)

Esse questionário, elaborado a partir dos resultados do questionário sobre a amamentação (Apêndice B), foi construído pela autora do trabalho em tela para verificar as crenças e normas que geram uma expectativa de valor, com a avaliação das consequências, somadas às pressões sociais (pesos empíricos), que promovem uma intenção e levam a um determinado comportamento, a saber, amamentar ou não e manter ou não essa amamentação. Foi composto por vinte e três questões dispostas em alternativas tipo Likert, com respostas que oscilavam entre "discordo totalmente" que corresponde a 1 e a "concordo totalmente", que corresponde a 5.

2.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e Animais, da Universidade Federal de Pernambuco, sob o parecer número: 479.445 – emitido em 04/12/2013. Após esse processo, a pesquisadora dirigiu-se aos Hospitais do estudo e identificou, junto à equipe das unidades Neonatais, a possibilidade de acesso não só aos prontuários, como também, às mães que estavam em aleitamento. Em seguida, foi estabelecido o contato direto com cada mãe, dentro do ambiente de convivência, onde pôde

ser estabelecida uma conversa fluida e sem interrupções. As genitoras, então, procediam à leitura ou ouviam todos os pontos sobre a importância do estudo, realizando indagações e dirimindo todas as dúvidas. Ao término de todos os esclarecimentos, dava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE – Anexo I ao IV) específico, de acordo com a idade materna.

Destarte, estabelecido o *rapport* e para efetivação dos objetivos, todos os questionários foram aplicados de forma individual, em Duas Etapas distintas. E, como as participantes, em geral, compunham-se por pessoas de diferentes níveis de escolarização, os questionários foram aplicados oralmente e gravados em áudio, com a devida anuência de cada uma delas.

A Primeira Etapa da pesquisa, efetivada pela pesquisadora, deu-se dentro das UCINCas das referidas Instituições, dentro da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e no alojamento reservado às mães no Hospital controle. Ela foi iniciada com a aplicação do questionário sócio demográfico ao nascimento e o questionário sobre a amamentação, inerentes ao escopo teórico da pesquisa.

A Segunda Etapa, com a aplicação do questionário Sócio demográfico aos seis meses e o questionário do tipo Likert, seguiram os mesmos moldes do processo de aplicação da primeira. Porém, dessa vez, com um detalhamento maior, devido às especificidades das respostas do Likert que requerem uma explanação pormenorizada, já que ele é disposto em alternativas que geram uma expectativa de valor. Como a pesquisa envolveu duas etapas, as nomeações ao nascimento e aos seis meses foram necessárias, tendo em vista a investigação das questões relativas à introdução de fórmulas lácteas, de bicos artificiais (mamadeira e chupeta), assim como o *follow up*, o acesso aos Programas de Saúde da Família (PSFs) e à manutenção ou não da amamentação preconizada pela OMS. Os diálogos foram efetuados com as mães, ora no ambulatório de egresso das Instituições, ora nas suas residências. Isto, com um padrão de agendamento individual, após confirmação e aquiescência das participantes, através de contato telefônico.

Como a literatura apresenta estatísticas de baixa prevalência do aleitamento materno em pré-termos, mesmo entre aquelas submetidas ao Método Canguru (Maia, 2010; Czechowski & Fujinaga, 2010), optou-se por não realizar o questionário sócio demográfico aos seis meses no hospital controle, uma vez que este não apresenta o MC, e, presumivelmente, obteríamos um decréscimo no que concerne ao AME, principalmente após a alta hospitalar.

2.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada com tratamento estatístico diferenciado e específico para cada questionário. Os sócios demográficos da primeira e da segunda Etapa foram realizados com a Estatística descritiva e de associação, para obtermos as descrições sócio econômicas da amostra, referentes à família como um todo, à mãe, à criança e ao ambiente; assim como, ao egresso e à manutenção ou não do aleitamento até os seis meses. Ainda na primeira Etapa, utilizou-se o questionário sobre a amamentação com as análises de frequência e percentual, e análise de conteúdo semântica para a construção do Likert com análise específica sob o escopo da TAR. Esse instrumento também foi utilizado nas análises de correlação para comparação dos dois hospitais com a UCINCa e o controle, além do uso da *Análise dos Menores Espaços* (SSA - Smallest Space Analysis ou Similarity Structure Analysis), e por último, foi realizada a análise de conteúdo temática de Bardin (2004). A seguir, as Etapas pormenorizadas dos procedimentos de análise.

2.7.1 Primeira Etapa:

Variáveis Sócio demográficas ao nascimento

Foram realizadas descrições das análises realizadas pelo Software STATA/SE 12.0, aplicados com 95% de confiança da amostra de 118 mães, em relação às variáveis sócio demográficas ao nascimento, das três unidades hospitalares do estudo.

Questionário sobre a amamentação

Esse questionário submeteu-se a três tipos de avaliação: a primeira, de cunho quantitativo privilegiou um tratamento estatístico em que se calculou a frequência e o percentual de ocorrência de cada categoria, através do software estatístico SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Procederam-se também, análises multidimensionais não métricas do tipo SSA - Análise da Estrutura de Similaridade (Similarity Structure Analysis).

Esta análise é considerada um escalonamento multidimensional não métrico, no qual o princípio fundamental é de proximidade, de modo que altas correlações diminuem a distância entre certos pontos, ou seja, quanto mais perto os pontos, mais eles são relacionados. Dessa forma, é possível visualizar no espaço multidimensional a distribuição das variáveis e o tipo de correlação (positiva e negativa) com base na distância entre os pontos (Roazzi, 1995;

Roazzi & Dias, 2001; Roazzi, Federicci & Wilson, 2001). Com o objetivo de averiguar, com mais detalhes, as crenças normativas e as comportamentais em relação aos dois hospitais com a UCINCa, de modo a visualizar no espaço multidimensional, com base na distância entre os pontos, as inter-relações dos itens de cada fator entre si e entre os dois fatores.

A segunda, uma análise qualitativa, proposta pela Teoria da Ação Racional, recebeu um tratamento relacionado à Semântica Estatística do discurso. A Pesquisa Semântica Estatística fornece uma profunda compreensão de documentos não estruturados armazenados em bancos de dados, extraíndo e indexando frases-chave estatisticamente relevantes. Portanto, essas frases-chave também são usadas para identificar e indexar documentos semelhantes ou relacionados por afinidade de conteúdo (Bardin, 2004), utilizado na construção do questionário tipo Likert, neste caso específico, com as questões relativas à amamentação (Apêndice B).

Após a categorização das respostas, foi realizado o levantamento das crenças modais, que são as vantagens e desvantagens do comportamento de amamentar ou não e manter essa amamentação ou não, além das crenças normativas, que são as pessoas e os meios de comunicação que são importantes a respeito desse comportamento. Para Fishbein & Ajzen, (1975), ao se investigar a mudança ou estabilidade de um determinado comportamento em um grupo particular, é necessário encontrar quais os fatores que colaboram na decisão de realizar (ou não) um comportamento (Almeida, 2010).

Nesse momento, foram analisados:

1. O Critério Comportamental: Foram especificados os comportamentos de interesse, encontrando os fatores que colaboram na decisão de realizar (ou não) um comportamento – amamentação e tendo em conta os aspectos ação, objeto, contexto e tempo;
2. A predição dos comportamentos através das intenções: grande parte dos comportamentos é considerada pela TAR sob controle volitivo das pessoas e, em assim sendo, o principal determinante imediato de qualquer comportamento é a intenção de realizá-lo ou não;
3. A predição das intenções a partir das atitudes e normas subjetivas, ou seja, os determinantes capitais: o pessoal e a influência social em relação à amamentação;
4. A identificação e o exame das crenças normativas e comportamentais para saber quais determinam a norma subjetiva e a atitude.

5. O levantamento das crenças modais salientes em relação ao comportamento investigado.

Por último, a terceira análise ressaltou a investigação de conteúdo temático, adaptada dos pressupostos preconizados por Bardin (2004); com o intuito de averiguar os significados relativos ao aleitamento que emergem no discurso elaborado pelas mães.

A definição da análise de conteúdo pode ser concebida de diferentes formas, tendo em vista a intencionalidade do pesquisador que a desenvolve e a vertente teórica adotada (Fossá, 2013). Então, nesse estudo, analisa-se o que foi dito pelas genitoras, classificando inicialmente em categorias e depois em temas, com textos extraídos das falas das mães do estudo, com o objetivo de auxiliar na compreensão do que está por trás dos discursos e verificar a questão de como as puérperas significam a manutenção ou não da amamentação, tendo em vista as singularidades de cada pesquisada.

Para essa análise, foram realizadas as etapas da técnica proposta por Bardin (2004), que são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-análise, foi desenvolvida após uma leitura flutuante do material, para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas.

Concluída a primeira fase, partiu-se para a exploração do material, que constitui a segunda fase. Nessa fase, o texto obtido com o questionário foi recortado em unidades de registro. As categorias iniciais foram agrupadas tematicamente, originando as categorias intermediárias (Figura 3). Essas últimas, também foram aglutinadas em função da ocorrência dos temas, resultando no extrato dos relatos mais ilustrativos das mães do estudo, para cada situação, discutidas gradualmente na última fase (Fossá, 2003).

A terceira fase compreendeu a realização da interpretação do conteúdo das falas das mães, ou seja, houve uma análise do teor expresso pelas mães, em que foram construídos os indicadores que possibilitaram as inferências. Para garantir o anonimato, a identificação das participantes foi realizada com nomes fictícios.

2.7.2 Segunda Etapa:

Variáveis Sócio demográficas aos seis meses

Foram analisadas através da Estatística descritiva e de associação, utilizando-se o software estatístico SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Esse questionário em particular objetivou a questão do AME até os seis meses, que é um dos objetivos do estudo, assim como, a introdução de fórmulas lácteas, de bicos artificiais e o acompanhamento (egresso), no *follow up* ou nas Unidades de Saúde da Família (PSFs), com o agendamento e o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas comunidades mais afastadas.

Variáveis da Escala do tipo Likert

Os procedimentos de avaliação dos escores da TAR são obtidos através da escala tipo Likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), com a estatística de regressões e correlações em relação à variável dependente, intenção comportamental. Uma aferição inicial da atitude de cada participante é obtida da seguinte maneira: primeiro, as respostas para cada item são classificadas de 1 a 5, e as concordâncias fortes com itens favoráveis são dados um escore equivalente a 1. A classificação é revertida para itens desfavoráveis, em que a discordância com itens favoráveis resultará em um alto escore. Os escores preliminares da atitude dos participantes são obtidos pela soma de todos os seus itens classificados. Para um conjunto de itens, os escores da atitude podem variar de 100 a 500; quanto mais alto o escore, mais favorável à atitude.

Para se obter a escala final de atitudes, um item deve satisfazer ao critério de consistência interna, isto é, ele deve ser capaz de discriminar pessoas com atitudes positivas e negativas.

O escalonamento proporcionado pelo Likert avalia a intensidade das Crenças Comportamentais e normativas, ou seja, variáveis independentes, sobre a variável dependente, a intenção comportamental.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 DESCRIÇÕES DA AMOSTRA EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS AO NASCIMENTO.

Um panorama geral das três Instituições do estudo, com valores consoantes à Estatística Descritiva das variáveis sócio demográficas - ao nascimento, da amostra inicial de 118 puérperas, coletada dentro das UCINCas e dentro da UCINCo, são descritos e estratificados em blocos; com variáveis relativas: à família, à mãe, às redes sociais de apoio, à criança e ao ambiente; com seus respectivos percentuais e discussões.

I - Variáveis relativas à família:

A amostra analisada apresenta um percentual de 44,9% de mães que apresentam entre 3-5 pessoas morando na mesma residência. Em relação à origem étnico-racial, 47,8 % das participantes autodenominaram-se como brancas seguido de 40% que se autodenominaram de pardas. A idade paterna variou de 17 anos a 58 anos, sendo o maior percentual (40,7 %) de pais com 30 anos de idade, com uma predominância da profissão de agricultor (18,8 %).

No âmbito da religião assumida pelos pais, quase a totalidade se constituiu de cristãos (49,3 %). Este resultado é expressivo quando se leva em conta a influência da Fé e do respeito a um Ser maior como um referente positivo importante no reforço de comportamentos. A religiosidade no nosso estudo é um reforço positivo não só em relação à Crença Comportamental, como também, à Normativa, uma vez que, em face de um estresse contínuo em relação à saída do hospital, essa base espiritual funciona como alicerce de apoio na UCINCa.

A escolaridade paterna, em anos de estudo, coaduna com a questão da regionalização na pesquisa em tela, uma vez que a maioria dos companheiros referidos pelas genitoras era de agricultores. No Nordeste, os homens ainda representam a maioria dos analfabetos, ou seja, 52,1%. Na divisão por região e sexo, os homens nordestinos têm a taxa mais alta de analfabetismo funcional, de 18,2% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012).

A renda, baseada no salário mínimo vigente, está em torno de dois salários (65,2%) e demonstra que as famílias destes sujeitos detêm pouco ônus para proporcionar o que deveria

ser básico para a sobrevivência e inserção social das pessoas, como é o caso da educação, saúde, alimentação e lazer.

II - Variáveis relativas à mãe:

Em relação ao planejamento familiar, na nossa amostra, o percentual de 50,7% em relação à efetivação desse planejamento não fornece subsídios para afirmar que a maioria das mães desejasse o nascimento do(s) filho(s), pois o percentual de negação está quase similar ao de desejo positivo.

O percentual relacionado ao pré-natal de 39,1%, diz respeito ao número de consultas realizadas e reflete um aspecto positivo do trabalho realizado pela equipe dos hospitais na área de prevenção ao longo do processo de gestação. É a força das Crenças Normativas dentro dos hospitais. Essas medidas de acompanhamento (egresso) são importantes e promovem uma administração efetiva no acompanhamento em relação ao parto. Principalmente, na resolução de possíveis intercorrências, como pode ocorrer em pacientes de risco (Brasil, 2002).

Em relação ao uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, pelas mães, durante a gestação, obtivemos um percentual de quase 100% em relação a não utilização de quaisquer dos itens supracitados. O que pode ser justificado, na nossa amostra, pela questão da assiduidade das mães às consultas no pré-natal, como já colocado anteriormente, em que há a ênfase nos cuidados tanto à saúde da mãe quanto ao do seu filho ao longo da gestação. Achados em estudos recentes sobre a importância do pré-natal demonstram que quando esse trabalho é feito de forma ineficaz, pode levar a um desmame precoce (Dantas, 2011; Ministério da Saúde (BR), 2011; Moreira e Murara, 2012; Valduga e colaboradores, 2013).

No caso das participantes do estudo temos 85,5% de gestações que são duplas, ou seja, um parâmetro expressivo quando se considera como fator de risco para a elegibilidade da cesárea (60,9%) (Silva e colaboradores, 2009). Todavia, o que se sabe é que o parto ideal é aquele no qual há o bem estar da mãe e do recém-nascido, independente de ser vaginal ou cesáreo. Porém, a elevação do número de cesáreas é um fenômeno mundial desde o final do século XX. Dentre os principais determinantes socioculturais para esse fenômeno estão: o medo, a dor, a comodidade, mulheres inseridas no mercado de trabalho e com um alto nível de escolaridade (Vieira e Lima, 2012).

A frequência maior das uniões consensuais (60,9 %) na pesquisa em tela vai ao encontro do que preconiza o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), que verifica

que esse aspecto é um fato cada vez mais corriqueiro, principalmente, nos subúrbios e nas cidades interioranas, que são as regiões em que reside a maior parte das mães da amostra do estudo.

A escolaridade das mães, 4 – 7 anos de estudo (40,6%), mostrou-se superior em comparação aos seus companheiros, 1 – 3 (42,0%). O que pode sinalizar o poder de argumentação e crítica dessas mulheres, que dentro das UCINCas, muitas vezes, são rotuladas de “difíceis”, pela equipe, por exigirem seus direitos.

Com os referentes, ou seja, as figuras mais ligadas à mãe, como é o caso das avós maternas (72,5%) e dos companheiros (49,3%), há quase uma ausência do apoio emocional. Isso pode servir de base para uma justificativa em relação ao percentual de tempo de aleitamento materno inferior ao preconizado pela OMS, porque como a maternagem é um processo contínuo de aprendizagem, faz-se necessário o apoio (Sluzuki, 1997).

E isso é um fato importante tanto em mães de crianças a termo, como, principalmente, nas famílias de mães de pré-termo, que ficam um tempo maior hospitalizadas, com a genitora ausente do domicílio, por longos períodos devido à suscetibilidade dos filhos às intercorrências orgânico-funcionais, características de crianças que nascem prematuramente.

III - Variáveis relativas à criança:

No que concerne ao peso ao nascimento, observamos no presente estudo um percentual de 44,9% de crianças com o peso ao nascimento, variando entre 1000 – 1500g; com predominância do sexo masculino (59,4%); Apgar² no 5º em sua totalidade, variando entre 7 - 10; um percentual de idade gestacional de 55,1 %, compreendido entre 30 - 33 semanas e de comprimento ao nascer em torno dos 40cm; com o tempo de internação hospitalar com em torno de 30 dias, e dentre esses, de 15 dias com o uso contínuo da sonda orogástrica. Dentre as intercorrências mais frequentes temos a icterícia com 66,7%.

² O índice de Virgínia Apgar, de uma forma resumida, é uma avaliação feita pelos Pediatras-Neonatologistas nos primeiros minutos após o nascimento, ou seja, no primeiro, no quinto e no décimo minuto. Nas unidades hospitalares do estudo, a avaliação adotada, que mais reflete o estado do recém-nascido é a apresentada no quinto minuto. Com notas que variam de 0 -10, de acordo com cinco sinais: frequência cardíaca, esforço respiratório, coloração, tônus e irritabilidade reflexa. No estudo em tela, a nota 7 indica uma anóxia leve e as notas de 8 em diante indicam que o bebê não apresenta maiores alterações

IV - Variáveis relativas ao ambiente:

As variáveis relativas ao ambiente mostram a força da televisão (100,0%) e o aumento incipiente do uso do computador, bens de consumo que, até há pouco tempo, eram ausentes dos domicílios classificados como baixa renda. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2011) aborda esse aspecto, ou seja, o uso da mídia, como posse de aparelhos utilizadores de energia que está vinculado à infraestrutura urbana. E isso demonstra o poder de compra dessas pessoas, principalmente, dos moradores da periferia e da zona rural.

3.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS AOS SEIS MESES.

Os valores relativos à Estatística Descritiva das variáveis sócio demográficas - aos seis meses, da amostra de seguimento, com **69** genitoras, coletadas nos egressos das instituições: Hospitais A e B e em suas residências, são apresentados de forma descritiva e/ou em tabelas, com suas respectivas frequências e percentuais e estratificados em blocos, apresentados a seguir.

I - Variáveis relativas à mãe:

Apesar da Crença Comportamental em relação ao aleitamento ser de 87,0%, durante a estadia nas Instituições, logo após a alta hospitalar percebe-se que, no processo que evolui até os seis meses, sequencialmente, há apenas 17,4% de AME. Ou seja, um percentual que revela a falta de força das Crenças Normativas ligadas aos referentes.

A prevalência do desmame parcial (40,6%) pela alimentação mista e uma presença do AME de 8,7%, pode sinalizar a importância da participação mais efetiva, em todas as etapas do MC, priorizando os 10 passos para o aleitamento materno e respeitando-se as singularidades dos hospitais (Silva e Segre, 2010).

II - Variáveis relativas à criança:

Observou-se que, entre outras vias de alimentação, a mais utilizada, com 76,8%, foi a mamadeira. Isso ocorre mesmo com o advento massivo da **não** introdução de bicos artificiais preconizado pelos Hospitais Amigos da Criança dos quais as mães do estudo fazem parte. Contrariamente, observa-se 92,8 % da **não utilização** do copo, que faz parte da rotina da

UCINCa. Sabe-se que quando o bebê usa o copo, os músculos responsáveis pela movimentação da mandíbula (abaixamento, protrusão, elevação e retrusão) estimulam o crescimento facial de maneira adequada, sendo ativados os mesmos músculos quando o bebê suga o peito ou quando recebe leite no copinho. Ao contrário do que ocorre no aleitamento por mamadeira (Gomes, 2005; Pedras, 2008). Porém, as mães do estudo possuem uma realidade que favorece a introdução precoce da mamadeira (76,8 %). E isso ocorre porque, em geral, as mães precisam retornar ao trabalho e necessitam deixar os seus filhos com outras pessoas que não fazem a utilização do copo, uma vez que estas, não têm paciência de administrar a dieta por essa via. Como se visualiza na Tabela 1.

Tabela 1. Porcentagem do Uso de Vias Alternativas de Alimentação (UVAA).

UVAA	Copo	Mamadeira	Colher
Sim	7,2	76,8	17,4
Não	92,8	23,2	82,6

A introdução precoce da alimentação mista em 76,8% de nossa amostra, com uso de fórmulas lácteas, promove um desmame parcial e/ou total. E isso acarreta um dano para as crianças, com implicações que variam de caso a caso, dependendo do nível de prematuridade e a suscetibilidade de cada criança às infecções do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Esses fatores podem trazer inúmeros prejuízos ao sistema gastrointestinal, como alergias e intolerâncias alimentares, e também infecções respiratórias, entre outras. O sistema digestivo dos pré-termos é muito permeável e isso, somado ao renal imaturo, limitam as suas habilidades no manejo com componentes alimentares das fórmulas; diferente do que acontece com a absorção do leite humano (Moreira & Murara, 2012).

O tempo de uso da chupeta, de acordo com os resultados na Tabela 2, mostra que 53,6% das participantes do estudo fizeram uso da chupeta de uma forma crescente, ou seja, quanto mais próximas do início do desmame, aos seis meses, maior foi o percentual.

Tabela 2. Tempo de uso da chupeta.

Tempo chupeta	N	%
> 3m	4	5,8
4 – 6m	8	11,6
7 ou mais	25	36,2
Não usou	32	46,4

A chupeta é usada, de acordo com algumas das mães da pesquisa, de uma forma geral, como “consolo”, na fase de retirada gradual do AME, ou como estratégia para induzir o sono, ou mesmo, para “substituir” a falta do colo materno (Jaafar, 2011). Um contraponto ao que diz a literatura quando coloca que a chupeta incita a uma confusão de bicos e pode ser um fator de desmame precoce (Sanches, 2004; Araújo, 2006).

III - Variáveis relativas ao ambiente:

Um aspecto importante a ser avaliado em relação à continuidade da amamentação é a quantidade de visitas ao hospital após a alta. Desta forma, pode-se verificar ao observar a Tabela 3, que grande parte das mães volta ao hospital (91,3%), embora apenas em torno de 20% mantenham a assiduidade conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), que recomenda um seguimento após a alta hospitalar de pelo menos 7 consultas.

Tabela 3. Egresso (*Follow up*) das mães nos hospitais.

Egresso	N	%
Nenhuma	6	8,7
1 – 3	24	34,8
4 – 6	25	36,2
7 – 10	12	17,4
11 ou mais	2	2,9
Total	69	100

Para verificar se a forma de aplicação do MC de cada hospital influenciou a variável-egresso, foram divididas em duas categorias as mães que realizaram o follow-up das que não realizaram nenhuma consulta após a alta, conforme Tabela 4.

Tabela 4. Egresso comparando hospital A e B

Egresso	Hospital	
	A	B
	n (%)	n (%)
Sim	21 (84)	44 (100)
Não	4 (16)	0 (0)

Teste $p = 0,015$ (Qui-quadrado)

O resultado, após uma análise do teste de qui-quadrado, mostrou que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois hospitais estudados, em que o hospital B teve uma maior incidência de retorno às consultas em relação ao hospital A. Isto pode ter ocorrido devido à maior rigidez do Hospital B em relação ao seguimento após a alta hospitalar, em que o egresso é acompanhado fidedignamente por uma equipe multidisciplinar.

Além dos follow-ups, outra forma importante de acompanhamento das mães que residem longe das unidades hospitalares constitui-se nas idas ao PSF. Das mães participantes do estudo, 50,7% fizeram uso deste recurso, um fato que pode ser justificado pela questão da mobilidade, já que os postos de saúde são mais próximos das residências das mães, principalmente, daquelas que residem próximo às zonas rurais. Apesar disso, não se pode afirmar se houve substituição de uma forma de acompanhamento pela outra.

3.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DE ASSOCIAÇÃO DAS QUESTÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS - AOS SEIS MESES.

Os testes utilizados para fazer as comparações entre os hospitais foram os de Associação, Não Paramétricos: o Teste Exato de Fisher e o Teste Qui-Quadrado, haja vista que são utilizadas variáveis categóricas. Desse modo, na Tabela 5, são disponibilizados os dados mais relevantes na comparação entre as duas instituições:

Tabela 5. Renda comparando Hospital A e B

Renda (SM)	Hospital		<i>P</i>
	A	B	
	n (%)	n (%)	
< 1	3 (12,0)	5 (11,4)	0,066 *
1 – 2	12 (48,0)	33 (74,9)	
3 – 4	8 (32,0)	5 (11,4)	
Mais de 5	2 (8,0)	1 (2,3)	

(*) Teste Exato de Fisher

No aspecto sócio econômico – renda, comparando-se os dois hospitais, não foram observadas diferenças estatísticas, havendo percentuais muito similares, como, por exemplo, a renda mencionada na Tabela 5, que pode ser considerada marginalmente significativa.

Em relação às intercorrências mais frequentes nos hospitais, a Icterícia mostrou-se presente nas duas unidades nosocomiais, o que corrobora os dados da literatura que colocam que a Icterícia ou hiperbilirrubinemia é uma afecção frequente nos pré-termos (Fernandes & Nozawa, 2010; Pachi, 2003). Além disso, essa alteração é referida pelas mães do estudo como estressante, devido ao tempo de permanência, à perda hídrica com descamação e irritação da pele do bebê, e a falta do contato visual, devido ao uso de óculos de proteção. O que pode prejudicar a relação mãe e filho e, conseqüentemente, o vínculo que é necessário para o início da amamentação.

Um fator importante que pode propiciar um desmame precoce é a introdução de fórmulas lácteas. Isto devido ao fato de que com os bicos artificiais, as crianças não fazem tanto esforço, como no caso da tração muscular que ocorre na amamentação ao seio, devido ao trabalho da musculatura orofacial na retirada do leite. O que, por sua vez, pode dificultar o estabelecimento da amamentação exclusiva e a confusão de bicos. Ou seja, a criança opta pelo mais fácil, no caso, os bicos artificiais. Que no caso específico, da mamadeira, ainda pode ter o diâmetro de saída do leite aumentado pelas mães/cuidadores, o que promove uma elevação no fluxo de saída do leite. Podendo levar inclusive, caso seja administrado de forma inadequada, ao sufocamento da criança e à posteriorização precoce da língua, prejudicando à posteriori as questões articulatórias (Sanches, 2004; Araújo, 2006).

Devido a esse aspecto, comparou-se o uso de fórmulas das mães provenientes dos hospitais A e B, com a UCINCa, visualizados na Tabela 6, que demonstra que não houve diferença entre os dois hospitais. O que corrobora com a literatura, que apresenta estatísticas da baixa prevalência do aleitamento materno, especialmente, o exclusivo em pré-termos, mesmo àqueles submetidas ao Método Canguru (Maia, 2010; Czechowski & Fujinaga, 2010).

Tabela 6. Introdução de Fórmulas Lácteas (IFL), comparando-se hospital A e B.

IFL	Hospital		<i>p</i> -valor
	A	B	
	n (%)	n (%)	
Sim	35 (70,5)	20 (80,0)	1,000**
Não	9 (20,5)	5 (20,0)	

(**) Teste Qui-Quadrado

3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS QUESTÕES SOBRE A AMAMENTAÇÃO EM TERMOS PERCENTUAIS PARA A CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO LIKERT

As análises realizadas para o levantamento das crenças modais salientes, que originou o Questionário tipo Likert, sob o escopo da TAR, com as respectivas frequências e percentuais, realizadas com a amostra inicial das **108** mães dos três hospitais estudados, foram colocadas no formato bidicotomizado. Este recurso foi utilizado para **ilustrar** as polarizações observadas após a análise do questionário, optando-se por colocar apenas as respostas positivas. Essa está disponível para consulta no Apêndice C do trabalho.

3.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DAS QUESTÕES SOBRE A AMAMENTAÇÃO NOS HOSPITAIS COM A UCINCa

Os resultados dos Testes de Associação entre os hospitais com a UCINCa referentes às questões do estudo preconizado pela Teoria em que se pode perceber a valoração das Crenças

Comportamentais, Crenças Normativas e a Intenção Comportamental apresentam-se em forma de Tabela.

A seguir, na Tabela 07, visualiza-se a força das Crenças Comportamentais, vinculando a amamentação à imunidade, ao vínculo e ao amor, nas unidades de referência com a UCINCa. Ou seja, a Intenção Comportamental de realizar a amamentação é muito presente, em todas as unidades, porém de uma forma mais significativa no Hospital A. Os achados da pesquisa em tela revelam o conhecimento por parte das mães sobre a importância do AME, as quais revelam acreditar que o alimento ideal para a criança, em todos os aspectos, é o leite humano (World Health Organization, 2009; American Academy of Pediatrics, 2012; Raven, 2013).

Tabela 7. Comparação entre as Vantagens de amamentar o pré-termo entre os Hospitais A e B

Vantagens de amamentar o RNPT	A	B	Total	Qui2	P
Amamentando o bebê cresce e se desenvolve com saúde	97	83	89	.217	.032
O aleitamento aumenta o contato mãe e filho	47	33	39	.140	.168
O leite materno é melhor financeiramente	08	08	08	-.008	.939
O pré-termo ganha peso mais rápido	18	19	19	-.003	.978
A amamentação contribui para imunizar a criança, como uma vacina	18	37	30	-.195	.055
O leite materno é a melhor forma de amor	10	05	08	-.084	.409
Amamentar é bom para emagrecer e diminuir o câncer de útero e mama	07	11	08	.069	.502
Ao amamentar sinto que sou mãe, que é o ideal para o meu filho	27	21	24	-.064	.534

Nos testes de associação para verificar as desvantagens de amamentar o pré-termo, não foram encontradas diferenças entre as unidades do estudo. Assim como, observam-se similaridades entre as vantagens de amamentar o pré-termo dentro das UCINCas de ambas as unidades nosocomiais, vistas na Tabela a seguir, em que a questão do vínculo é equânime:

Tabela 8. Vantagens de amamentar dentro da UCINCa.

Vantagens Canguru	A	B	Total	Qui2	P
Ficar junto do filho	87	65	73	.241	.017
Aprendizagem / Orientações	29	47	40	-.176	.082
Segurança e tranquilidade (apoio)	32	50	43	-.181	.074
Incentivo/importância ao AME	00	08	05	-.185	.069
Nenhuma	08	02	04	.153	.132

No que se refere às desvantagens dentro das unidades com a UCINCa, apresentadas na Tabela 9, observa-se que profissionais que dificultam a dinâmica estão mais presentes no Hospital A; assim como, um sentimento de “prisão” se vincula às mães do Hospital B.

Tabela 9. Desvantagens da UCINCa

Desvantagens do Canguru	A	B	Total	Qui2	P
Nenhuma	42	47	45	-.045	.662
Estrutura Física ruim (ar, higiene, alimentação)	18	12	14	.094	.357
Profissionais dificultam	42	13	24	.326	.001
Sentimento “prisão”	05	20	14	-.205	.043
Não dormir	03	13	09	-.181	.075

Observa-se na Tabela 10, que as Crenças Normativas, em relação aos referentes, à equipe e às avós, por exemplo, não são tão presentes na orientação/apoio às mães de pré-maturos. Percebe-se a falta de suporte que vai ao encontro do estudo de Teixeira (2011), que coloca que as avós, às vezes, interferem de modo a desestimular a prática do aleitamento, por mitos, crenças, tabus e valores enraizados e culturalmente aceitos no contexto histórico vivido por essas mulheres, que incentivam o uso de chás, mamadeiras, chupetas, leite artificial e até preparados com amido, contribuindo, desta forma, consciente e/ou inconscientemente para o desmame precoce.

Tabela 10. Pessoas que influenciam a amamentação (referentes)

Pessoas que Influenciam	A	B	Total	Qui2	P
Avó maternal	42	37	39	.054	.595
Equipe do hospital	32	33	33	-.018	.859
Companheiro	16	20	18	-.053	.604
Família	26	33	31	-.074	.468
Fonoaudiólogos	42	03	18	.488	.000
Médicos	00	13	08	-.237	.019
Tec. Enfermagem	18	12	14	.094	.357
Ninguém	03	03	03	-.020	.846
Entrevistada (a própria mãe)	05	15	11	-.150	.140
Amigas do canguru	08	03	05	.101	.322

Na comparação entre as duas Instituições, observa-se na Tabela 11, a seguir, o predomínio da televisão, como uma Crença Normativa, ou seja, um referente positivo, já que é um item presente na maioria dos lares da nossa amostra, com 85% no Hospital B e com 51,4% no Hospital A. Outra mídia que influencia as mães é a revista, para o hospital B, talvez relacionado ao perfil normativo da Instituição, assim como o egresso. Ou seja, há um trabalho realizado desde o pré-natal que fideliza essa mãe à unidade, para que o acompanhamento seja mais efetivo.

Tabela 11. Mídias que influenciam a amamentação

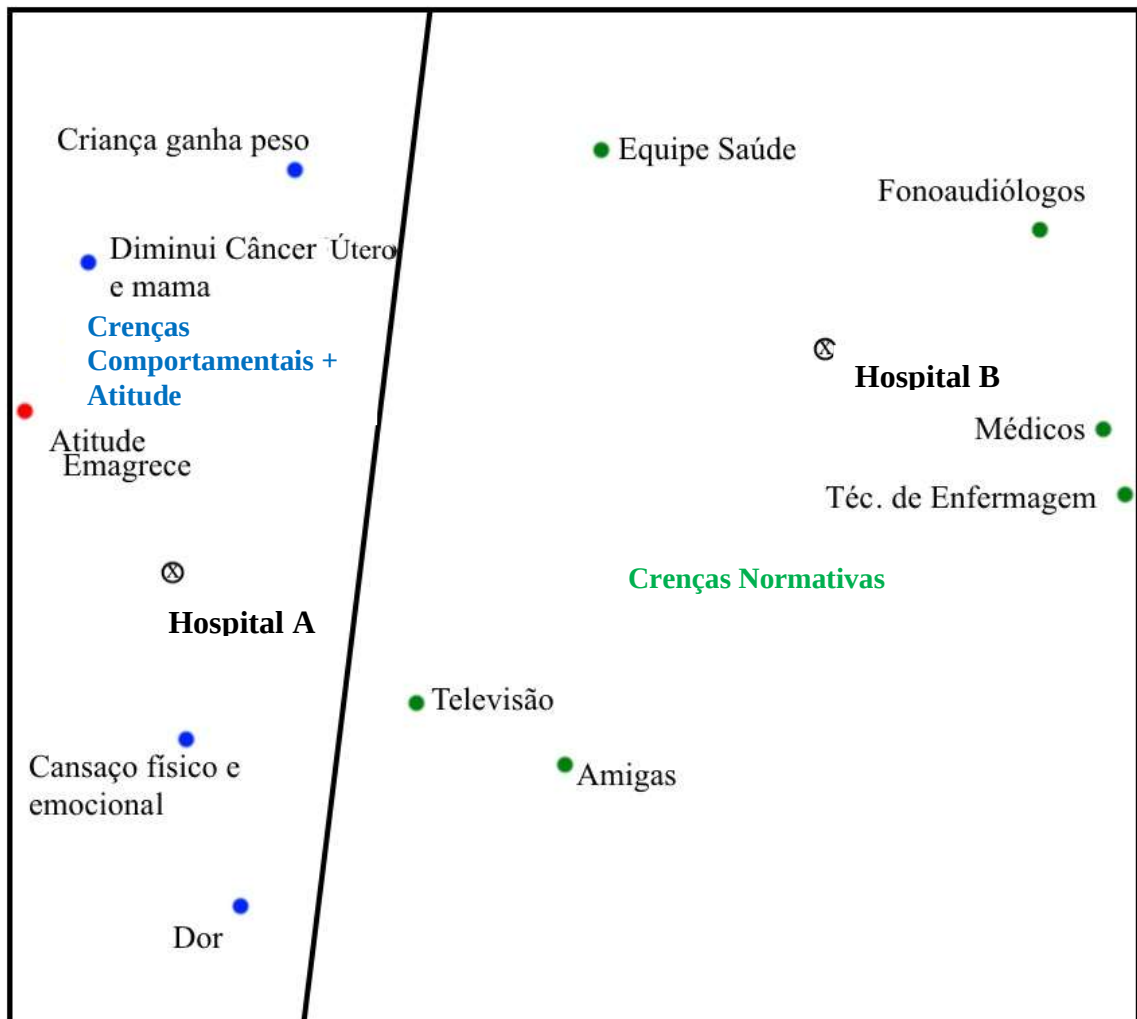
Mídia	A	B	Total	Qui2	P
Televisão	51	85	72	-.365	.000
Radio	08	12	10	-.057	.580
Revistas	14	52	37	-.384	.000
Jornais	16	30	25	-.155	.129
Digitais (celular, internet...)	30	48	41	-.184	.072
Informações “clínicas”	14	33	26	-.220	.030

Para avaliar mais profundamente as relações entre as variáveis referentes às crenças, os dados foram submetidos à análise multidimensional não métrica, a Análise da Estrutura de

Similaridade (SSA, em inglês, "*Similarity Structure Analysis*" ou "*Smallest Space Analysis*", Borg & Lingoes, 1987; Guttman, 1965; Roazzi, 1995; Roazzi & Dias, 2001). Nesta análise, quanto mais próximas as variáveis estiverem uma das outras mais associadas serão. Esta abordagem permite a visualização das relações de todas as variáveis investigadas simultaneamente. Desta forma, a projeção SSA é passível de ser delimitada por regiões que agrupem variáveis de uma mesma categoria; estas regiões são denominadas de facetas e servem para que se possa observar sua estrutura subjacente (Bilsky, 2003). Na presente projeção SSA (Figura 2), observa-se que a distribuição dos itens no plano cartesiano permite uma estruturação axial de duas facetas, estando uma em oposição à outra. Em cada uma delas, os itens que têm a mesma natureza semântica se agruparam, podendo-se, no lado direito, verificar todos os itens referentes a Crenças Normativas, e no lado esquerdo, os itens referentes a Crenças Comportamentais. Isso pode ser justificado em relação às características de cada Unidade Hospitalar. No Hospital A, as atitudes das mães vinculam os itens ao estadiamento, com particularidades ligadas à vida delas, sem influências das Crenças Normativas vinculadas aos referentes da Instituição. Em contrapartida, no Hospital B, observa-se claramente, a presença dos itens referentes às questões Normativas, como os profissionais e a influência da mídia que promovem uma fidelização das mães em relação à segurança e orientações visualizadas na projeção a seguir (Figura 2) e que justificam a presença das genitoras no egresso.

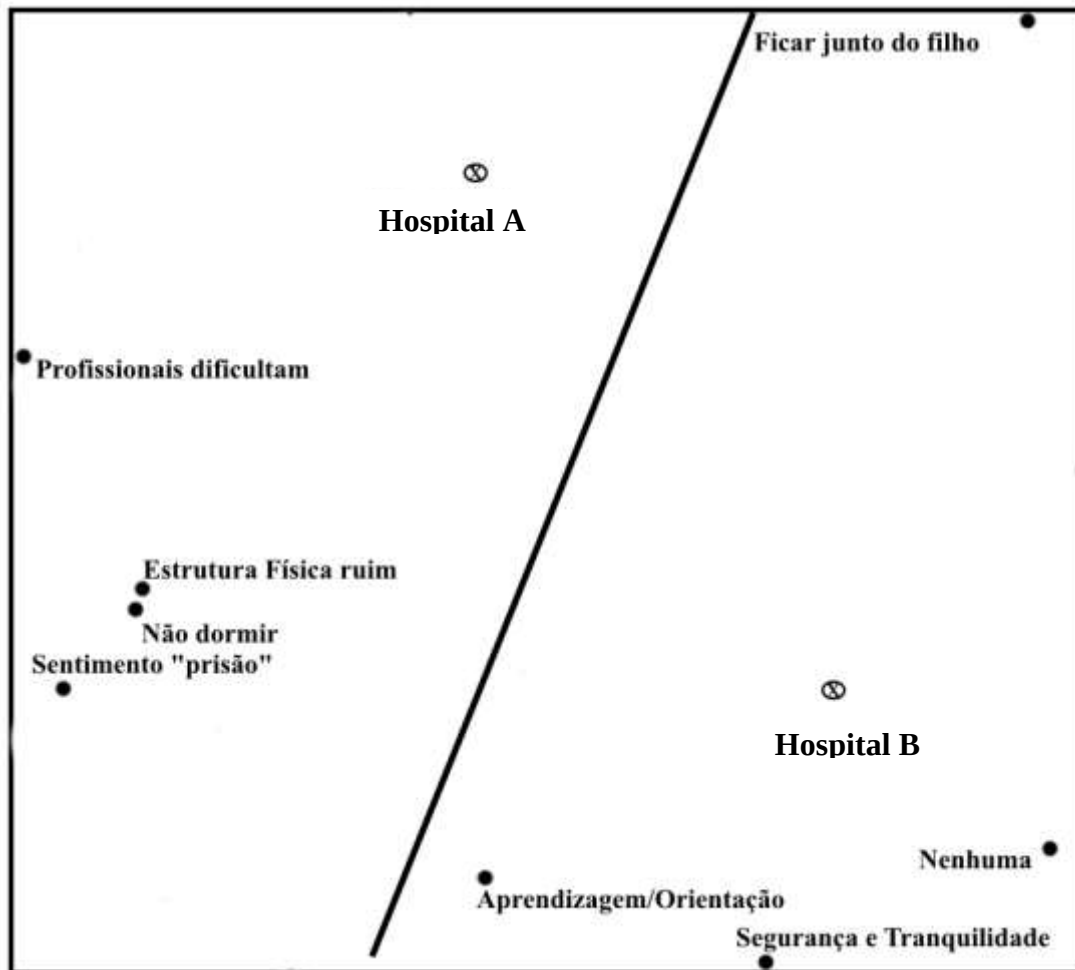
Destarte, há uma questão comum a ambas, que é a relevância ao AME. Também, vê-se que as Crenças Normativas influenciam no valor da Intenção Comportamental nas duas Instituições de uma forma significativa. Esse aspecto ressalta a questão da importância dos profissionais de saúde como referentes positivos em relação à prática do AME, no MC; que adquire uma maior ênfase no follow up do que no Hospital B (Moreira e Murara, 2012; Tavares, 2014).

Figura 2. Projeção SSA das Crenças Comportamentais e Crenças Normativas tendo como variáveis externas os Hospitais A e B



Em relação às desvantagens entre os Hospitais com a UCINCa, pode-se observar na projeção SSA (Figura 3), que as variáveis encontram-se localizadas em regiões bem diferentes, enquanto no Hospital A, localiza-se em uma região caracterizada por uma estrutura física ruim, o sentimento de “prisão” e os profissionais que dificultam. O Hospital B localiza-se próximo de item que não apresenta nenhuma dificuldade, além de localizarem-se próximo a itens como: segurança, tranquilidade e orientações que não se inserem nas questões de desvantagens. Porém, em ambos, percebe-se a questão do vínculo mãe e filho de uma forma conjunta. O que corrobora de forma conjunta com os resultados descritos através das Tabelas de contingências e estatística correspondentes.

Figura 3. Projeção SSA, comparando Hospital A e B em relação às Desvantagens dos Hospitais com UCINCa.



3.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DA ESCALA LIKERT

De acordo com a primeira parte da pesquisa, foram encontradas 13 categorias de Crenças Comportamentais e 11 de Crenças Normativas e/ou referentes, constando o questionário de 23 itens, com a questão 21 que se refere de forma direta à intenção comportamental, sendo assim distribuídos:

- **Medida Direta da Atitude:** Composto por três itens (2-3 e 6)
- **Medida Indireta da Atitude:** composta de sete itens das crenças comportamentais (4,5,8-9, 22 e 23).
- **Medida Direta da Norma Subjetiva:** constou de um só item (7).
- **Medida Indireta da Norma Subjetiva:** constou de dez itens relativos às crenças normativas e sobre a motivação para concordar com os referentes (itens 10 a 20).
- **Medida da Intenção Comportamental:** constituída de um único item, a questão 21.

A partir da análise realizada, fundamentada no escopo teórico da TAR, foi encontrado o “efeito teto” na variável dependente intenção comportamental visto que 97% das mães, de um total de 69, responderam o item 5 (concordo totalmente) e apenas 3% responderam ao item 4 (concordo parcialmente). Dessa forma, não pôde ser estabelecida uma variância, inviabilizando os procedimentos estatísticos de mensuração através dessa unidade de escala psicométrica.

3.7 ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA

Aqui foram utilizados os conteúdos manifestos pelas mães, retirados do primeiro questionário (sobre a amamentação) que utilizou o escopo da TAR, de forma a refletir os objetivos da pesquisa e ter como apoio as mensagens expressas no conteúdo das comunicações. Foi realizada uma categorização semântica, similar a que foi utilizada para elaborar o Likert, todavia com características adaptadas dos pressupostos utilizados por Bardin (2004), visando à inferência por meio da identificação objetiva de características das mensagens.

Na Figura 3, visualizam-se os conceitos norteadores que foram baseados na estrutura teórica adotada pela pesquisa acerca do fenômeno estudado - amamentação. O qual resultou do processo de codificação das entrevistas transcritas, constituindo-se em categorias e subcategorias, denominadas de **Mais frequentes** (as mais relatadas pelas puérperas) e **Menos frequentes** (as menos citadas pelas mães), elaboradas a partir das falas das 118 participantes das três unidades de referência do estudo, com o respaldo do referencial teórico sobre a amamentação (Fossá, 2013).

Quadro 1. Conceito Norteador e Categorias Intermediárias.

Conceito norteador	Categorias	Intermediárias
	Mais frequentes	Menos frequentes
Vantagens de amamentar o pré-termo.	* Saúde do bebê e da mãe (imunidade); * É mais barato (vantagem financeira); * É a melhor forma de amor (ideal); * Aumenta o contato entre mãe e filho (vínculo)	* Dá prazer; * Emagrece; * Diminui o câncer de útero e mama
Vantagens de amamentar o pré-termo dentro da UCINCa.	* Ficar junto do filho (vínculo); * Incentivo e apoio ao AME; * Dá segurança e tranquilidade (apoio); * Aprendizagem (orientações).	
Desvantagens de amamentar o pré-termo.	* Nenhuma;	* Dor e desconforto; * Deixar os filhos em casa para trabalhar.
Desvantagens de amamentar o pré-termo dentro da UCINCa.	* Nenhuma	* Estrutura física ruim (ar-condicionado, higiene, alimentação); * Sentir-se “presa”.
Pessoas que influenciam a amamentação	* Avó (materna); * Equipe do Hospital; * Companheiro; * Técnicas de enfermagem; * Fonoaudiólogas.	* Eu mesma (a participante); * Amigas do Canguru
Pessoas que NÃO influenciam a amamentação	* Ninguém;	* Eu mesma (a participante); * As próprias mães do canguru
Meios de comunicação que mais influenciam a amamentação	* Televisão; * Mídias digitais (internet e celular)	* Outras (folders e palestras); * Rádio;

A partir das categorias intermediárias verificam-se dois eixos temáticos que emergiram das falas das participantes em evidência da variável dependente Intenção Comportamental de amamentar, a saber: (i) As vantagens e as desvantagens de amamentar o bebê pré-termo dentro da UCINCa; (ii) As pessoas que influenciam ou não a amamentação do pré-termo (referentes e/ou redes sociais de apoio e Mídia). Estes serão descritos/analísados em separado com a configuração dos extratos pertinentes às falas das puérperas com as

descrições das idades, porém com a blindagem dos nomes reais, optando-se pela utilização de nomes fictícios. Em seguida, discute-se de cada eixo em que se utilizam extratos de fala relatando sobre as Vantagens/Desvantagens, não só de amamentar o filho pré-termo, como também, da realização dessa dinâmica dentro da UCINCa, com as categorias intermediárias Mais frequentes e Menos frequentes.

Eixo temático I: As vantagens e as desvantagens de amamentar o bebê pré-termo dentro da UCINCa:

A ênfase na vantagem de amamentar, relacionada à questão da evolução rápida do bebê e à imunidade que o leite materno proporciona foi observada na maioria dos discursos das mães participantes, como se pode perceber no extrato de uma mãe de 21 anos:

Marília [...] *É mais saúde para ele, desenvolve mais rápido, e é mais difícil de ficar doente. Tudo o que eu mais quero na vida é amamentá-lo até ele não querer mais...é muito gostoso ele puxando[...].*

Existem vários benefícios relacionados à amamentação que essa mãe salienta, incluindo a questão da satisfação que sente poder aleitar. Ela expressa o modo positivo com que percebe o cuidado oferecido ao filho e demonstra que houve um acréscimo na sua Crença Comportamental ao estar inserida no processo de estadiamento na UCINCa, com todas as comodidades que o Método preconiza, uma vez que afirma que o seu filho pode desenvolver-se de uma forma mais eficaz em vários sentidos.

É consoante que o MC, com o contato pele a pele e o fomento à independência das mães, reflete em uma melhora do desenvolvimento não só do bebê, como da díade de uma forma global, pois é centrado na humanização e compreende ações que se estendem da internação até o acompanhamento após a alta, no egresso (Véras & Traverso-Yépez, 2010). E essa questão pode levar as mães, quando bem informadas, a serem excelentes propagadoras de conhecimentos sobre o AME. Assim, com o aleitamento disseminado de forma positiva em toda a sua rede social, ele pode seguir um caminho em que a continuidade do AME seja estabelecida no mínimo até os seis meses, de uma forma espontânea, como preconiza a OMS (Tavares, 2014).

Em relação à amamentação, também é referido pela puérpera **Rafaella**, multípara, com 30 anos, que com sua nova experiência como mãe de pré-termo lapida seus conhecimentos ulteriores de AME, que ela conhece, e que lhe parecem importantes:

Rafaella [...] *o meu filho só mama no peito, foi do mesmo jeito com o primeiro, eu sei da importância, é como vacina, ele quase não adoece [...]*.

Nessa alocação, identifica-se também a presença forte da Crença Normativa, que pode ser relacionada ao discurso que é veiculado de forma midiática e pelos profissionais de saúde, que associam o leite materno ao fortalecimento da imunidade. Ou seja, temos Crenças Comportamentais e Normativas lado a lado influenciando na Intenção Comportamental dessa mãe. Isso sugere que, com o cuidado eficiente no direcionamento das ações, as motivações serão reforçadas e, possivelmente, tem-se um AME por tempo prolongado. Quando há uma orientação nos egressos e uma continuidade nos Programas de Saúde da Família (PSFs), mães como **Rafaella** e **Marília**, apesar das diferentes demandas em que estão inseridas, realizam o aleitamento por um tempo maior (Guerreiro, 2014).

Para além desse acompanhamento, faz-se importante compreender as atitudes e comportamentos que favorecem ou não a disposição da mãe para amamentar, como é o caso da **Ângela**, 27 anos, que entende o processo pelo qual está passando como um aprendizado que vai sendo construído, aos poucos:

[...] *Eu amamentando, ela já sente que eu sou mãe dela. Quando você amamenta vem o amor, aumenta o vínculo mãe versus filho. A criança fica doente quando não amamenta, vulnerável às doenças [...]*.

A genitora em tela mostra o “empoderar-se” em relação ao processo de amamentação, colocando a maternagem como co-construção gradual. Ademais, o vínculo é estabelecido em termos de valorização. Assim, ela coloca o aleitar num crescente e constante aperfeiçoamento, em que a espontaneidade e a subjetividade são benefícios duais (Hames, 2006; Tavares, 2014). O amor também vem como uma idealização, ele incita a amamentação para a realização da passagem mulher – mãe, como uma conquista da maternagem, que no caso dos pré-termos, inicialmente, é delegada à equipe hospitalar. Desse modo, faz-se mister que haja uma compreensão do que a mulher/mãe pensa sobre si e que se reconheça nas influências contextuais para poder, efetivamente, ajudá-la a tomar decisões sobre o aleitamento materno (Guerreiro, 2014). E essa reflexão, mais uma vez, precisa ser respaldada pela equipe, como é possível perceber na fala de **Ângela**, que ressalta a aprendizagem construída na parceria com os profissionais da saúde.

Outro relato que valoriza o processo de parceria com os referentes, como o supracitado, e acrescenta a questão do prazer de amamentar e a diminuição do câncer de útero

e mama, que se configuram como vantagens. Menos frequentes, é ressaltada por **Kaline**, 36 anos, Veterinária:

Kaline [...] *É muito prazeroso amamentar... saber que eu dou o suporte para ele sair da fase de risco. Há um contato íntimo, as enfermeiras nos orientam e dão segurança. Além de minimizar o risco de câncer de útero e de mama [...].*

Essa puérpera relata a satisfação de aleitar associando a questão do vínculo que se estreita com a dinâmica do MC de suporte e apoio ao AME. Outro aspecto revelado por esta participante, com educação em nível superior, diz respeito à minimização do câncer de útero e mama, bem como à noção de que a autoestima elevada da mãe ajuda no suporte ao filho. Ou seja, a questão emocional estável da puérpera é alimentada pelo trabalho da equipe e reverbera de forma positiva, revelando maturidade no reconhecimento do trabalho qualitativo dos profissionais inseridos na unidade nosocomial. Isso corrobora a noção de que tanto mães quanto profissionais de saúde precisam de encorajamento e apoio constantes para manter as práticas apropriadas de amamentação, talvez, em uma relação sistêmica e dinâmica em que a ação de um fortalece a ação de outro (França e colaboradores, 2011; Monteiro e colaboradores, 2011; Margotti, 2013). E no relato de **Kaline**, fica claro essa conjunção de saberes, de um lado, uma mãe ávida em receber e, do outro, uma equipe treinada para ajudar e aprender.

Outro exemplo de vantagem menos frequente, a questão da vantagem financeira de amamentar, associada ao apoio das outras mães e da equipe é observada na fala de **Flávia**, uma estudante de 16 anos, primípara:

[...] *Aqui estou junto dele, tenho amigadas, tem sempre alguém para ajudar e eu não me sinto só. Além, é claro, de ser de graça não é? O leite materno tem tudo de bom não só para ela como para mim [...].*

Flávia, mãe adolescente e primípara, mostra-se flexível às orientações e à ajuda de pessoas, no caso em tela, não só as companheiras de UCINCa, como a equipe. Essa ajuda funcional no âmbito das instituições mostra-se valiosa, na medida em que a equipe avalia o nível da situação encontrada pela paciente e aciona a rede de apoio em prol de uma melhor sequência do trabalho (Klefbeck, 2000; Margotti, 2013). E no que se refere especialmente a essa puérpera, observa-se esse aspecto de apoio de forma pontual, ou seja, Crenças comportamentais respaldadas pelas Crenças Normativas, influenciando de forma direta na intenção comportamental da mãe para aleitar.

Dentre as categorias menos frequentes, há também a noção da vantagem da amamentação voltada para a questão estética da mãe, neste caso, relacionada ao emagrecimento. E nesse aspecto, têm-se o relato de **Emília**, 30 anos, autônoma, que respalda e amplia a interlocução entre as Crenças Comportamentais e as Crenças Normativas, uma vez que ela valoriza o seu desejo pelo AME em detrimento das fórmulas com as consequências advindas de sua atitude proativa na participação das condutas dentro da UCINCa, ressaltando o vínculo dual.

Emília [...] O meu (leite) ele não rejeita, o outro (fórmula) ele coloca para fora...o útero volta logo para o lugar, emagrece e há a aproximação com o filho [...].

Com esse discurso, a mãe sinaliza várias questões, como, por exemplo: a relação dual, a importância do AME, o retorno do útero ao normal que ocorre após o parto com a incipiência do aleitamento através da fisiologia hormonal (ação da Ocitocina). E, coloca também, o emagrecimento pós-parto como uma vantagem da amamentação que ela mesma vivencia, diferentemente, da grande maioria das mães que, seja por questões metabólicas, emocionais ou por mudanças no modo de vida, engordam.

Quanto às Desvantagens de amamentar o bebê pré-termo dentro da UCINCa, estas são tratadas de forma similar às Vantagens, a partir de elementos classificados na categoria Menos frequentes, como os problemas de estrutura física, no estadiamento na UCINCa, presentes, por exemplo, no relato de **Amanda**, 23 anos, recepcionista:

[...] As visitas são poucas, você é obrigada a conviver com pessoas difíceis, ficamos presas [...].

Essa mãe relata o sentimento de perda de liberdade, de isolamento, provavelmente pelo fato da UCINCa permitir visitas com controle de horários e agendamentos prévios. Porém, essa dinâmica é necessária porque as genitoras estão inseridas, obrigatoriamente, em uma unidade hospitalar, que requer um controle devido à suscetibilidade do organismo dos pré-termos. A rigidez nesse controle faz parte da Biossegurança tanto da mãe, como da criança, fato exigido por todos da equipe. Outro ponto que **Amanda** aborda, diz respeito ao convívio, que pode ser fácil ou não em qualquer lugar onde se faz necessário um conglomerado, com pessoas de natureza e formação diversas. O Método Canguru é perfaz em ações que pedem uma postura hígida frente a essas demandas, com ações trabalhadas e treinadas pela equipe dentro de suas especificidades, para que haja efetividade no processo a

que se propõe, ou seja, a de uma alta da mãe com um mínimo de independência funcional em relação aos cuidados com o seu filho (Moreira & Murara, 2012).

As vantagens e desvantagens podem estar vinculadas também, às relações estabelecidas com as mães dentro e fora do hospital e que podem ser representadas pela família, pela equipe do hospital e pelas colegas do MC, as quais, segundo a TAR, são assumidas como as redes sociais de apoios às mulheres no ato de aleitar, ou seja, os referentes que interferem na decisão ou não de amamentar e que são abordados no Eixo 2 dessa análise, a seguir.

Eixo temático II: As pessoas que influenciam ou não a amamentação do pré-termo (referentes e/ou redes sociais de apoio e Mídia).

As categorias intermediárias Mais frequentes e menos frequentes emergem das alocações extraídas dos relatos de entrevistas das participantes, em que a decisão de amamentar ou não e manter ou não esse processo está vinculada à história de vida de cada mãe e ao significado que se atribui a esse fato (Guerreiro, 2014; Tavares, 2014). Isto é o que se pode visualizar no extrato de fala a seguir de uma mãe que tem 33 anos, com o suporte da referente – avó materna:

Cecília [...] *assim que deixar o hospital vou dar mamadeira, infelizmente tenho que deixá-lo com minha mãe, para trabalhar, e ela já cuida dos outros... e não tem paciência[...].*

Segundo se percebe no discurso de **Cecília**, manter a amamentação não é algo que depende apenas da disponibilidade pessoal da mulher, mas também de elementos contextuais, como, por exemplo, a volta ao trabalho, como ela mesma explicita. Além disso, em sua fala, ficam evidenciadas as restrições do apoio social que dispõe. Segundo Sluzki (1997), cada vínculo da rede pode desempenhar mais de uma função, de modo que, a tia materna, por exemplo, pode servir como ajuda material ao mesmo tempo em que participa como apoio emocional que está relacionado à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém afetivamente disponível (Monte e colaboradores, 2013). E, no caso dessa puérpera, percebe-se que ela pode contar com um suporte, a sua mãe (a avó materna do bebê), porém, apenas no caráter material, porque se refere à assistência prática e direta na realização das atividades concretas ou de resolução de problemas (Sluzki, 1997).

A referida mãe, nesse extrato de fala, mostra sua frustração em relação aos cuidados após a saída do hospital, a impotência frente a sua realidade. A questão de não ter como levar

o filho ao local de trabalho, deixando-o nas mãos de outrem; que, normalmente, são os avós maternos e/ou paternos, é angustiante para a genitora.

Assim, a introdução de fórmulas lácteas, principalmente, através de mamadeiras, mostra a realidade socioeconômica dessas mães, que sem o apoio suficiente para lidar com as realidades do dia a dia, junto ao tempo de licença maternidade reduzido e à necessidade de ausentarem-se de casa para trabalhar, utilizam do suporte que dispõem; mesmo que saiam do hospital sabendo administrar a dieta por copinho, que é o preconizado pelos IHACs (Gonçalves e colaboradores, 2011; Monte e colaboradores, 2013). Ainda sobre a introdução de bicos artificiais, **Rebeca**, 33 anos, agricultora, afirma:

[...] em casa todo mundo já usou chupeta e não teve nada, num sei prá quê essa proibição, quero vê esse povo com o menino chorando sem consolo e num colocar uma chupeta... seja prá dormir ou mesmo se ocupar em fazer as coisas de casa [...].

É possível verificar nessa fala que a chupeta ainda é considerada como um consolo, como um calmante que é utilizado, de certa maneira, de uma forma racional. Assim, Rebeca demonstra raiva ao refletir sobre o impedimento do Hospital acerca do uso de um instrumento – chupeta – que ela vivencia no seu dia a dia como uma experiência positiva e utilizada por sua família de forma natural. Exibindo, por outro lado, a falta de compreensão sobre esse mesmo impedimento institucional, talvez pela não explicitação desse procedimento por parte da equipe médica.

Além disso, correlacionando a sua fala à da colega Cecília, percebe-se que existe uma dificuldade das genitoras em encontrarem pessoas que se disponibilizem a realizar a alimentação de seus filhos por copinho e tenham a paciência de fazê-lo, ou mesmo, de acalentá-los nos momentos de estresse. Assim, dissemina-se o uso da chupeta, que em algumas regiões do interior do Brasil são chamados de “consolos” e em inglês *pacifier*, ou seja, em uma tradução literal, os pacificadores, que acalmam os bebês, suprimindo as questões orais que o desmame acarreta.

Como relata Azevedo (2010), a musculatura envolvida para o uso da mamadeira e o “calmante” são os famosos *steps* (muletas) que as mães que não podem amamentar, ou mesmo àquelas que precisam ausentar-se para trabalhar, disponibilizam; e quando esses instrumentos são usados de forma coerente e com direcionamento, não acarretam dano ao desenvolvimento crânio facial. Apesar disso, e diferentemente do que afirma **Rebeca**, o uso da chupeta pode levar ao desmame precoce quando utilizada de forma incorreta, como é o

caso do uso do consolo, na fase de transição alimentar aos seis meses ou mais precocemente e prolongando-se no período da dentição decídua. Além disso, o manejo incorreto pode também, causar desproporções maxilo-mandibulares que a posteriori podem levar a dificuldades na articulação das palavras (Araújo, 2006).

Assim, os bicos artificiais, englobando-se nesse momento, a chupeta e a mamadeira, apresentam facetas diversas, que podem ser positivas e/ou negativas, dependendo da orientação que se recebe, da necessidade de serem disponibilizados, não se descartando a possibilidade da mãe coletar o leite para dar através da mamadeira, quando não há condições de aleitar, ou mesmo, diante de cuidadores que são apenas suporte material.

Enfim, há de se encontrar um caminho em que a dinâmica da alimentação, como um todo, não necessite ser rompida de forma arbitrária, mas sim, estruturada de acordo com a realidade de cada família. Como também se visualiza na fala a seguir de uma puérpera sem o apoio do companheiro/referente, mas bem determinada em relação aos direcionamentos a tomar ao sair do hospital:

Ana [...] quando eu cheguei em casa, tudo ficou melhor...é bom demais poder dormir no nosso canto, poder organizar as coisinhas dele, sem precisar ouvir choro dos outros o dia todo...e ao mesmo tempo fazer as minhas coisas...dar de mamar sossegada... mesmo eu sozinha, separada [...].

O extrato evidenciado dessa mãe de 39 anos denota que as questões de estrutura física ou mesmo as situações de estresse vividas durante o processo de internação são ressignificadas diante de uma Crença Comportamental reforçada positivamente pelas Crenças Normativas. A genitora chega a casa, após um período difícil, mas consegue manter o aleitamento, no seu espaço, no seu “canto”, e a falta do companheiro não dirime a sua motivação, embora esse apoio fosse importante. O que permite inferir que a decisão de amamentar também está vinculada à história das puérperas e tem múltiplas causas e desfechos. É uma questão de arcar com os riscos, que são determinados pelas interações e experiências vividas pela mulher-mãe (Diogo e colaboradores, 2011; Margotti, 2013). Isto porque as primeiras semanas após a alta hospitalar de um pré-termo constituem-se num período de transição, tanto para as mães, como **Ana**, que precisam cuidar sozinhas de seus filhos, quanto para os seus filhos que continuam em processo de maturação, sendo o reforço, no que concerne ao egresso ou *follow up*, importante para a manutenção do Aleitamento (Azevedo, 2011).

Outro ponto importante e que influencia no AME é a confiança materna em sua habilidade de amamentar. Ela é construída, além do aludido, de uma bagagem que a mãe já dispõe, seja de ordem pessoal (experiências positivas relacionadas a amamentações anteriores ou Crenças Comportamentais) ou Vicárias (observação de outras mães, assistir a vídeos com orientações, o apoio e o encorajamento da equipe do hospital; a mãe, avó ou crenças normativas) (Margotti, 2013). Em adição ao já mencionado, tem-se a fala de uma mãe que destaca a participação da equipe do hospital – referente/rede de apoio:

Margarida [...] *ahhh! tudo que a gente aprende é ótimo, porque a gente coloca em prática em casa, né! Fica com um medinho no começo... mas depois tudo se ajusta...num é mesmo? Botei o cidadão (companheiro) para me ajudar, chamei as cunhadas e tudo certo!...na união se faz tudo...[...].*

A genitora em relevo, **Margarida**, 25 anos, coaduna e prossegue praticamente com as noções/concepções ressaltadas pela sua colega **Ana**, só que ela coloca a rede social de apoio a seu favor, incluindo o seu companheiro e familiares, apostando na divisão de tarefas nos cuidados com o filho, como provavelmente foi orientado pela equipe de uma forma positiva.

Esse suporte está vinculado às necessidades dessa mãe específica, a **Margarida**, em que o apoio presencial e o emocional são um instrumental importante às suas vicissitudes afetivas e à assistência prática e direta na realização de atividades concretas com o seu bebê, que, por sua parte, demanda-lhe cuidados específicos.

O apoio dos referentes- equipe do hospital - pode ser visto na fala de outra mãe de 43 anos, múltipara, mas que tem sua primeira gravidez prematura e gemelar:

Maria da Conceição [...] *essas meninas (referindo-se às mães mais jovens) pensam que só porque já pari dois, tenho mais facilidades do que elas... tenho não minha filha, e num sei como fazer com os dois, quando choram ao mesmo tempo. Eu acho que vou endoidar visse!!! Mas aí, vêm essas bênçãos e nos ensina tudo que a gente precisa... e eu sei que em casa num vai ser moleza, com os outros dois já grandinhos mas muito pequenos...vou ter que pedir ajuda a Deus e ao mundo, mas vou criar eles né, boto um em cada peito com jeitinho e uns rolinhos que me ensinaram [...].*

Embora esta mãe já apresente experiência no processo de maternagem, a vivência de ser mãe de pré-maturo demanda a necessidade de novas orientações que, do ponto de vista desta participante, é garantida pela equipe de saúde que lhe acompanha no contexto do Método Canguru. Auxílio este que lhe possibilitará lidar com os filhos após a saída do

hospital. Ou seja, a valoração à aprendizagem dentro da UCINCa objetiva uma independência funcional ao chegar em casa, incluindo aqui a questão da rede de apoio institucional, principalmente, a essa mãe que já possui outros filhos. As múltiparas sentem muitas dificuldades e, às vezes, são marginalizadas pelas colegas mais novas. E essa “tensão” exige a intervenção da equipe de forma pontual, para que não haja desavenças, já que as mães têm um convívio social, dividindo um espaço comum para refeições, banhos e cuidados aos seus lactentes.

Em relação à gemiparidade, essa se mostra como outro agravante para essas puérperas que devido à paridade em dupla, necessitam, normalmente, de uma acompanhante, o que proporciona, em alguns casos, rivalidades entre as mães, por acharem que essa genitora é “especial”, tem certas regalias e elas não.

Por outro lado, existem mães que não se sentem atendidas em suas necessidades, pela equipe de saúde, que *a priori*, necessitam ter o conhecimento para saber como lidar com situações extremas, pessoas que sofrem com perdas, físicas e emocionais. São as puérperas que dizem que se veem sós, “largadas” e que dependem mutuamente umas das outras para lidar com um ser que até então lhes era desconhecido. Isso pode ser observado, por exemplo, a partir da fala de uma das mães, com 21 anos, primípara, que expõe o tratamento que recebe dos profissionais da UCINCa:

Josefa [...] *elas [as profissionais] gritam com a gente, não sabem falar...e quando nos veem chorando dizem de forma irônica que foi fácil fazer [...].*

O relato desta participante ressalta a situação tensa que é viver a experiência de ser mãe de um pré-maturo, uma vez que há um limiar tênue entre vida e morte. Mesmo que o bebê esteja aparentemente “estável”, ele é suscetível às intercorrências próprias à sua condição de pré-termo, que são as afecções respiratórias e referentes à alimentação, como as gastrointestinais. Neste caso, a relação interpessoal positiva vivida entre essas mães e a equipe de saúde é um fator imprescindível, já que, como demonstram algumas entrevistadas, estas contam apenas com esse referencial de suporte, uma vez que tanto as avós como os companheiros não são muito participativos do processo.

O choro da genitora mostra a sua insegurança e o seu desconhecimento frente a um bebê “diferente”, pois tem características singulares que são desveladas, na medida em que ela os vivencia. O cotidiano da UCINCa estreita cada vez mais o aspecto relacional da díade, uma vez que a mãe aprende a ficar independente, realizando a maioria dos cuidados sozinha.

Então, a forma burlesca com que é tratada, agrava mais o seu descontrole, descompensando uma pessoa que já está *per si* fragmentada (Véras & Traverso-Yépez, 2010).

Outro aspecto importante relacionado à equipe, no caso do suporte às intercorrências dentro da UCINCo, pode ser visualizado na fala de uma mãe, da zona rural, 16 anos, com dificuldades de compreensão frente as demandas de seu bebê com Icterícia, que não conta com a humanização suficiente para tranquilizá-la dentro de um ambiente estressor que é uma Unidade Neonatal:

Melissa [...] *eles ficam o tempo todo nessa “luz”, com a pele descascando e sem poder ver a gente, com esses óculos estranhos, parece um velhinho...e as taxas estão boas, o peso é bom, ele já mama e fica aí... Podia tomar banho de luz em casa, no sol [...].*

Melissa, a partir dos indícios que dispõe, questiona a intervenção realizada com o seu filho e explicita não compreender do por que da sua permanência “prolongada” no hospital. Ou seja, ela questiona o tratamento, de uma forma bem direta, relatando detalhes da aparência de seu bebê que mostram também a sua angústia e desconhecimento desse “modus operandi” do hospital.

A fala de **Melissa** mostra a necessidade de uma orientação adequada dada pelos profissionais de saúde, porque é visível o nível de desconforto, principalmente, quando ela diz que ele poderia estar “tomando banho de luz em casa”. Nesse caso, a orientação poderia incluir, além das questões de risco para o bebê em termos de saúde (esterilidade, cegueira e surdez, entre outros), esclarecimento à genitora sobre a importância da presença dela junto ao seu lactente, reforçando a questão da aprendizagem no que se refere ao cuidado e à maternagem. A equipe de saúde precisaria orientá-la quanto ao manuseio às mamadas, já que quando o bebê está ao seio, não necessita dos óculos, porque está longe da luz. Assim, **Melissa** precisa ter a noção que o contato visual, nesse momento, é imprescindível ao surgimento e à manutenção do vínculo não só em termos de AME, mas também, em relação ao binômio mãe-bebê (Raven, 2013).

Os dados obtidos, consoantes às Pessoas que Não influenciam a amamentação, articulados com o aporte teórico da presente pesquisa, são apreciados nas alocações que se seguem, categorizados como Menos Frequentes:

Um dos aspectos considerados como Menos frequente diz respeito ao fato das próprias mães da UCINCa serem assumidas como referentes que Não influenciam o aleitamento

materno, como na passagem de fala de uma puérpera de 17 anos, proveniente da zona rural, primípara e com ingurgitamento:

Rosário [...] *Algumas vezes as minhas próprias amigas do canguru falam para eu desistir, dizer que está muito difícil e parar de dar o peito [...].*

Esta participante, distante de seus referentes positivos, já que a mesma é da zona rural e provavelmente recebe visitas escassas devido à distância, fragiliza-se mais ainda emocionalmente devido a essa distância. Dessa forma, pode ser vítima da influência de outras puérperas, que passaram por emoções traumáticas em experiências de amamentação e tentam dirimir o desejo dessa mãe de amamentar expondo as dificuldades que viveram, como a dor da pega inicial, a febre de uma mastite e outros obstáculos para aleitá-lo. Essa prática leva essas mães ao desmame e aponta para a necessidade de um olhar mais apurado da equipe assistencial na tentativa de reverter esse processo. Assim, o Método Canguru não representa apenas uma substituição terapêutica de esquemas comprovadamente úteis, mas a recuperação do papel de protagonista que tanto a mãe como a criança podem representar (Charpak e colaboradores, 1999). E esses aspectos ocorrem de forma concomitante na UCINCa, ou seja, **Rosário** está atenta às orientações da equipe e, ao mesmo tempo, fica suscetível às influências das amigas do Canguru.

Em relação às Mídias que influenciam a amamentação, temos o caso de Stella, uma mãe de 30 anos, bem conectada em relação às mídias, Empresária, nível superior e também bastante questionadora, que se esforça por não ser considerada uma pessoa “difícil”, pela equipe e pelas próprias colegas:

Stella [...] *a minha gravidez foi de risco, e eu já sabia o que poderia acontecer ao meu bebê, fiz pesquisa na internet e fui a todas as reuniões que deram. Porém, algumas pessoas aqui dentro, tanto colegas como profissionais costumam “rotular” pessoas que perguntam demais, como eu...ora, apenas gosto de saber TUDO o que se passa com meu filho, é um direito !!![...].*

O acesso à mídia, como é o caso dessa mãe, possibilita à tomada de consciência sobre os cuidados que um bebê pré-maturo precisa, bem como a necessidade de se saber mais na relação com os profissionais de saúde. Algo que, se por um lado, pode favorecer a apreensão dos procedimentos para o cuidado do filho, pode também, por outro lado, suscitar tensão e jogo de poder entre a mãe e a equipe médica e/ou entre a mãe e as outras mulheres.

Dentro da análise temática realizada, observa-se a produção de inferências que ilustram o contexto da amamentação vivenciada pelas mães de duas unidades com a UCINCa e uma sem a UCINCa (controle), que expressam conteúdos pessoais, relacionados ao cotidiano das puérperas na passagem pelas unidades de uma forma individual. Porém, o que mais se destaca é a intenção comportamental dessas mulheres em aleitar, somadas à influência do Método Canguru, como instrumento de estímulo ao AME. Delineando, assim, o lugar assumido pelos referentes como suportes reais, no processo de co-construção e respaldando elementos que podem servir para facilitar o trabalho de prolongar a amamentação, nos moldes preconizados pela OMS.

4 DISCUSSÃO GERAL

No que concerne ao objetivo geral em relação aos preditores da intenção comportamental, crenças, normas e atitudes foi encontrado o efeito “teto”, após as análises de correlação baseadas nos pressupostos da TAR que possibilitariam ver a intensidade das Crenças Comportamentais e Normativas, ou seja, variáveis independentes, sobre a variável dependente, a intenção comportamental de amamentar. Isso implicou, no uso de análises Estatísticas de cunho quantitativo e qualitativo, que permitiram verificar as relações entre as duas unidades com a UCINCa e entre estas e o Hospital controle sobre as vantagens e desvantagens da amamentação, a participação dos referentes e da mídia sobre as questões da amamentação em pré-termos dentro do Método Canguru.

De um modo geral, em relação ao cunho quantitativo, foram encontrados diferentes fatores que influenciaram as mães em relação às vantagens e desvantagens da amamentação ao se comparar as unidades com a UCINCA e estas com o Hospital Controle. Foi visto que há uma diferença entre as mães provenientes de unidades com a UCINCa, como o observado na avaliação realizadas pelo SSA, em que as participantes do hospital A estão mais próximas das variáveis vinculadas às Crenças comportamentais como as questões imunitárias e a questão do amor incitado pela amamentação; enquanto às mães provenientes do Hospital B estão ligadas às Crenças Normativas, ou, dizendo de um forma mais específica, ligadas ao egresso, em que questões como segurança, orientações e aprendizagem estão em destaque. Essas associações dos resultados quantitativos corroboram os achados qualitativos que através das falas das mães se visualiza, não só o que foi destacado acima, como também, verifica-se o valor dos referentes, como a equipe e o respaldo não tão presente das avós e companheiros, nos dois hospitais com a UCINCa e a presença da equipe, do companheiro e das avós no Controle.

Dessa maneira, considera-se que haja uma preparação para o atendimento às puérperas e no correto manejo no AME (Valduga e colaboradores, 2013). Afinal, o Método Canguru não representa apenas uma substituição terapêutica de esquemas comprovadamente úteis, mas a recuperação do papel de protagonista que tanto a mãe como a criança podem representar (Charpak e colaboradores, 1999). Além disso, ele é uma referência mundial em termos de cuidado em relação à população de nosso estudo, como demonstrado nos resultados dos testes de contingência e estatísticos das análises quantitativas e através da análise qualitativa (Brasil, 2011). Os hospitais com a UCINCa do estudo, ainda esbarram em uma preocupação demasiada com as técnicas nas práticas hospitalares e demonstram uma dinâmica em que a

humanização ainda não é suficiente para suprir as necessidades de uma clientela fragilizada pela iminência do parto precoce, de um filho pré-termo, de uma vida antecipada e que literalmente “afoga” as mães em um processo muito delicado e, ao mesmo tempo, difícil, que se estabelece no período de internação hospitalar, relativos, principalmente, à população alvo dessa pesquisa que são as mães de pré-termos.

Os relatos das mães na análise de conteúdo temática ilustram esse ponto discutido, como na fala das mães ao dizer que são rotuladas em suas ações quando exigem explicação sobre o que acontece com os seus filhos dentro do alojamento, ou quando se sentem incomodadas pela forma que alguns profissionais se dirigem às mesmas, ou ainda quando são menosprezadas no sentimento de isolamento de suas famílias, por residirem em localidades muito afastadas da zona urbana. Enfim, como colocam Tavares e Guerreiro (2014), tudo é novo para a grande maioria das mães de crianças pré-termo e mesmo as múltiparas, sentem-se alquebradas pela pressão unidirecional que lhes é colocada. Ou seja, concebem-se os referentes numa perspectiva vertical de ação, com Crenças Normativas como regras inquebrantáveis, quando a literatura preconiza como estratégia de ação, uma postura horizontal, de distribuição de tarefas nas unidades, para obter-se uma minimização das tensões provocadas pelo internamento prolongado. Aprecia-se também, as Crenças Comportamentais vinculadas às puérperas, seus sentimentos, conhecimentos prévios, seu modo de ser e estar dentro de um espaço que lhe é totalmente avesso. Isto é, vislumbram-se caminhos que nos levam à percepção de que as unidades hospitalares podem ser modificadas para se adaptarem a essas mães e não ao contrário (Caminha e colaboradores, 2010; Sampaio e colaboradores, 2010).

Não foram encontradas correlações entre as unidades hospitalares com e sem UCINCa no que se refere às questões midiáticas. Como também, não foram encontradas diferenças significativas entre os aspectos sócios demográficos, nas três unidades Hospitalares do estudo, ao contrário, estas se apresentaram similares ou mesmo, marginalmente significativas, uma vez que a população alvo do estudo tem características que comungam entre si, principalmente em relação às Crenças Comportamentais. Esses dados implicam positivamente no que concerne à variável dependente amamentação, porque se a televisão é uma presença marcante na diária dessas mulheres, podia ser melhor utilizado para a divulgação da importância do aleitar, não apenas com simples comerciais de campanhas sazonais de promoção ao aleitamento materno. Mas, com uma programação diuturna, onde as facilidades, as dificuldades e as dúvidas das mães primíparas e múltiparas fossem discutidas e refletidas

em sociedade, principalmente com as mulheres que fazem parte do grupo de risco para a prematuridade.

Os resultados quantitativos e qualitativos reforçam um ao outro, na medida em que, confirmam a hipótese de que o processo de continuidade da amamentação ainda está aquém do desejado, e o seguimento não se mantém, ou seja, o aleitamento até os seis meses como preconiza a OMS necessita de investimentos no que diz respeito aos referentes/redes sociais de apoio e de incrementos no processo de humanização. Esse aspecto foi visualizado na parte quantitativa, no desejo inerente das mulheres entrevistadas de todas as instituições do estudo em relação à importância da amamentação dentro do MC, em que as vantagens sobressaem-se em relação às desvantagens, que são quase nulas ou mínimas, encaixando-se dentro da perspectiva qualitativa como Menos frequente.

Outro ponto importante a ser destacado é em relação ao processo do desmame parcial ou total, porque a introdução de fórmulas lácteas e bicos artificiais ensejam o desmame que foi visualizado nesse estudo, tanto na parte quantitativa, como na qualitativa, com a falta de suporte material e emocional; principalmente, quando as mães retomam as atividades laborais. Sluzki (1997) defende que cada vínculo da rede pode desempenhar mais de uma função, ou seja, a “teia funcional” promove, de forma intrínseca e extrínseca, ao mesmo tempo, vários tipos de apoio, em que todos participam de forma ativa. E no estudo em tela, na conjunção das análises, os referentes visualizados não são muito participativos do processo. Prevalecendo um apoio mais material, que realça o trabalho da equipe nas unidades com a UCINCa e em contrapartida, um suporte mais emocional no Controle que destaca a participação das avós e dos companheiros.

Em atenção aos objetivos do estudo de analisar os preditores e a intenção comportamental das mães de pré-termos de amamentar ou não e manter ou não a amamentação, observa-se que, além das diferenças entre os hospitais, a percepção para que a dinâmica do aleitamento se mantenha e evolua, necessita de todos os tipos de suporte. Isto, dentro de uma perspectiva que promova uma harmonia de ações para a estruturação de uma rede de continuidade, respaldada no MC pelos egressos com equipes multidisciplinares e nas regiões mais afastadas da zona urbana com o apoio dos PSFs e agentes comunitários de saúde.

Os resultados qualitativos ressaltam esse aspecto e corroboram com os achados quantitativos. Sobre isso, é possível destacar que, dentro de todas as unidades nosocomiais, sejam com ou sem o MC, a participação de todos os referentes é imprescindível. Porém, nas instituições com o MC, esse processo é mais facilitado. E um exemplo disso, é a experiência

da puérpera Maria da Conceição³, com os seus gemelares, que ilustra claramente este ponto discutido. A partir do extrato da fala dela, nota-se que mães com experiência de AME, também se veem em dificuldades, tendo em vista as vicissitudes e suscetibilidades do pré-termo. E o MC, devido ao potencial multifacetado de assistência, entre outros, é um instrumento eficiente nessa estratégia de cuidado. Isto é, no relato da mãe, visualiza-se que as dificuldades dessa múltipara foram reconhecidas pela equipe e minimizadas, com satisfação para mãe e com o incremento de sua percepção da necessidade de suporte como afirmam Rodriguez e colaboradores (2013).

Destarte, os resultados quanto à percepção das participantes, em geral, evidenciam-se que quando há envolvimento e monitoramento, os reflexos são positivos e a ação dos cuidadores é valorada. Porém, quando isso não ocorre, o estresse pode ampliar-se, podendo comprometer a relação dual. Afinal, como colocam Azevedo e colaboradores (2010), a maternagem é um processo em que a decisão de amamentar está na dependência de como a mulher percebe essa prática, fruto de uma série de elaborações construídas através da avaliação dos riscos e benefícios nela envolvidos, na relação com os referentes. E esses, de acordo com Ajzen e Fishbein (1980), têm os seus valores analisados com o objetivo de averiguar a intenção comportamental que leva ao comportamento. Que no caso das mães investigadas, percebe-se que a variável dependente, a amamentação, que é estabelecida dentro das unidades com o MC, pode ser fortalecida com as Crenças Normativas e referentes que servem de lastro para o fortalecimento da prática efetiva do AME, assim como, pela consideração e respeito às Crenças Comportamentais vinculadas às mães.

³ Relato da participante na íntegra na página 80.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral Investigar os fatores preditores (normas, crenças e atitudes) de amamentar ou não e manter ou não a amamentação em uma amostra de mães de crianças pré-termos em hospitais com a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) e sem a UCINCa. E como objetivos específicos: (i) Analisar os preditores e a intenção comportamental das mães de pré-termos de amamentar ou não e manter ou não a amamentação; (ii) Avaliar as normas, crenças e atitudes da intenção comportamental das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças; (iii) Verificar a influência dos aspectos sócio demográficos das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças.

De um modo geral, o estudo buscou investigar as questões da prematuridade não sob a ótica dos bebês pré-termos, mas de suas mães, abrangendo, ou pelo menos, foi pretendido – a condição de suas realidades, a partir do olhar sobre três hospitais públicos estaduais de Pernambuco.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que a complexidade da continuidade na dinâmica da amamentação na população de mães de prematuros é um fenômeno ainda pouco esclarecido na comunidade acadêmica e social. É um problema de saúde pública, haja vista a prematuridade ser uma das principais causas da mortalidade infantil. Mas, que pode ser minimizado a partir de posturas mais assertivas, como as desenvolvidas no Método Canguru, com o respaldo de pessoas que viabilizem as ações junto às mães de uma forma mais efetiva; saindo do espectro que se volta só para as ações centradas na criança, e vislumbrando as necessidades das mães, as características de cada unidade e principalmente o respeito aos cuidadores.

A partir da reflexão sobre os dados dos hospitais envolvidos nesse estudo, relativos às questões envolvidas no fenômeno de amamentar ou não e manter ou não essa amamentação por um tempo maior, há uma imersão pelas redes de apoio pessoais (família), Institucionais e pela sociedade. O que contribui de forma indispensável, não só para o fortalecimento do fenômeno, mas principalmente, na sua continuidade. Porque, de acordo com a conjunção das análises realizadas nessa pesquisa, a crença na amamentação como um fenômeno natural e apenas instintivo é uma atitude que ainda se propaga na forma de assistência às puérperas de pré-termos e foi vista nas três unidades nosocomiais.

As análises quantitativas e qualitativas se alinham, quando tomadas em bloco, dentro da perspectiva de desejo por parte das participantes na questão da amamentação. Porém, esse fenômeno precisa ser revisitado tanto pela equipe como pelos que trabalham em gestão pública, principalmente, os relacionados à saúde, para que os desígnios não só sejam estabelecidos, mas também, auferidos de uma forma sistemática. Isto, talvez, com equipes de ouvidoria não só às mães, mais aos próprios profissionais, haja vista as condições sucateadas em que se encontram os hospitais públicos, mesmo os de referência, com unidades superlotadas, profissionais insatisfeitos com o ambiente, a estrutura e a remuneração.

Vale a pena salientar algumas limitações desta pesquisa que podem servir como parâmetro para outras futuras, além de delimitar o alcance desta.

Um fator limitador foi a constituição da amostra. Destarte, um maior tamanho amostral seria um bom caminho para que os resultados encontrados tenham maior validade externa e possam ser generalizados de forma adequada, especialmente, os referentes aos dados quantitativos.

Outro ponto importante a ser destacado é o valor de se investir em outros instrumentos psicométricos que mensurem variáveis e dimensões importantes do fenômeno amamentação. Ou mesmo, investir-se na elaboração de escalas específicas para a mensuração do fenômeno em tela. A TAR, mesmo utilizada de forma ampla em estudos de comportamentos de prevenção em saúde coletiva, como, por exemplo, o desenvolvido por Moutinho (2000), que se refere particularmente à amamentação; não promoveu, no presente estudo, as correlações estatísticas esperadas, apresentando o efeito “teto”, o que não possibilitou uma avaliação dos preditores da intenção comportamental das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças, uma vez que, os valores absolutos e os pesos empíricos preconizados pela teoria não foram mensurados. Porém, apesar das limitações, de um modo geral, evidenciou-se um papel diferenciado dos referentes na relação entre os hospitais com a UCINCA e na comparação destes com o controle. Essa análise foi realizada quantitativamente e corroborada qualitativamente com a percepção da importância dos referentes.

O que foi observado entre as unidades com o MC, onde houve a presença da equipe como referencial positivo, principalmente no hospital B e a participação não tão efetiva como rede de apoio, das avós e dos companheiros. No entanto, em relação ao Hospital Controle, temos a participação dos avós, do companheiro e da equipe.

No entanto, em relação às vantagens/desvantagens e à influência midiática sobre a amamentação houve similaridades e também resultados marginalmente significativos entre as três unidades nosocomiais.

O mesmo se sucedeu em relação à verificação da influência dos aspectos sócio demográficos das mães em amamentar ou não e manter a amamentação de crianças, ou seja, não se verificaram diferenças entre os hospitais investigados.

Desta maneira, o planejamento, a informação e o redirecionamento das ações em saúde são prementes não só para minimizar a mortalidade infantil, mas também para o respeito ao livre arbítrio das mães em relação à amamentação ou não e ao seu processo de continuidade ou não, na população de mães de pré-termos, um dos objetivos principais desse estudo.

Finaliza-se essa pesquisa com o reforço às investigações futuras para uma maior compreensão do tema, levando-se em consideração as representações sociais, como uma abordagem que permita inferências numa perspectiva que abrange os aspectos do inconsciente. Não só pela escassez de pesquisas anteriores, mas também, pela preocupação em compreender o comportamento humano em sua complexidade, respeitando crenças e atitudes de todas as pessoas envolvidas nas questões do fenômeno em tela – a amamentação.

Faz-se mister que a sociedade atual desmistifique a mulher ideal da mulher real, haja vista as inúmeras funções que ela desempenha. E isso pode ser conseguido com o aporte de toda uma rede social de apoio, que pode ser iniciada na unidade básica de saúde, através do reforço e do gerenciamento dos agentes comunitários de saúde, dos hospitais – com o trabalho multi e interdisciplinar em todas as visitas do pré-natal, fortalecendo a liberdade de ações. Ou seja, quando a mulher-mãe se vê frente aos desafios, como no caso do estudo em tela, mãe de pré-termo, que ela possa, também, deparar-se com um leque de soluções plausíveis, fomentando e maturando opções de aleitar ou não, caso seja necessário, assim como, manter esse aleitamento pelo tempo que quiser e puder.

Tendo em vista as diversas formas de interação mãe-filho (a), é importante salientar que pesquisas futuras poderiam atentar para as mães que porventura não podem amamentar, uma vez que elas também precisam de estruturação de suas redes assistenciais, para não sofrerem com o estigma de negligentes.

Afinal, as causas do desmame são múltiplas e extrapolam o âmbito fisiológico. E os sujeitos que podem arquitetar esse movimento de coparticipação precisam ser implicados e

confrontados com as condições que o constituem, para que o movimento de mudança nas atitudes que engessam crenças ultrapassadas possa realizar-se de forma gradual e perfaz.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Almeida, J.A.G.; Novak, F.R.(2004). Amamentação: um híbrido natureza–cultura. *Jornal de Pediatria*. 80(5):119-25.
- Almeida, N.D.V. (2010). *A Ingestão de álcool e direção no contexto universitário, comunicação persuasiva e prevenção: uma aplicação da Teoria da Ação Racional (TAR)*. Tese de Doutorado em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco.
- American Academy of Pediatrics.(2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk.*Pediatrics*. 129:e827
- Andreani, G.; Custódio, Z.A.O; Crepaldi, M.A.(2006) Tecendo as redes de apoio na prematuridade.*Aletheia*. Canoas.24(12), 115-126.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Org.). *Handbook of Social Psychology*, Worcester, Mass.: Clark University Press.
- Aquino, R.R. (2006). Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos de transição da gavagem para o peito materno. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento Materno Infantil. Centro de Ciências da Saúde e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco.
- Araújo, C.M.T. (2006). *Uso de chupeta: repercussões no aleitamento materno e no desenvolvimento sensório motor oral*. Tese de doutorado em Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.
- Azevedo, D.S.; Reis, A.C.F.; Freitas, L.V.; Costa, P.B.; Pinheiro, P.N.C.; Damasceno, A.K.C. (2010). Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Revista Rene*. Fortaleza, 11 (2), 53-62, abr./jun.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bilsky, W.(2003). A Teoria das Facetas: noções básicas.*Estudos de Psicologia* . 8(3), 357-365
- Bottaro SM, Giugliani ERJ.(2008). Estudo exploratório sobre aleitamento materno entre escolares de quinta série do Ensino Fundamental. *Cad Saúde Pública*. 24(7):1599-608.
- Borg, I. & Lingoes, J.C. (1987).Multidimensional similarity structure analysis. New York: Springer.
- Braga, N. A.; Morsch, D.S.; Lopes, J. M. A. & Carvalho, M. (2001). *Maternagem ampliada – a transgeracionalidade em UTI neonatal*. *Pediatria Moderna* - 47, 312-317.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru:

manual do curso/ Secretarias de Políticas de Saúde, Área da saúde da Criança. 1ª edição. Brasília.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede amamenta Brasil: primeiros passos (2007-2010). Brasília.

Brasil (2012). Câmara de deputados. *Projeto de lei 4505/12. Altera o BRASIL. Câmara de Deputados. Projeto de Lei 4505/12. Altera o §1º, do artigo 1º, da Lei nº 11.770, de 9 de Setembro de 2008, que cria o programa Empresa cidadã, destinado à prorrogação da licença maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de Julho de 1991, para alterar o prazo de requerimento da prorrogação da licença-maternidade.* Brasília-DF.

Castillo, M.; Chiang, F.(2014). Hypoxic-Ischemic Encephalopathy (Preterm, Term, and Adult). *Neurovascular Imaging*. Springer New York, pp 1-29

Charpak, N.(2001). “Kangaroo Mother Care in Developing Countries”.Em: *5th World Congress of perinatal Medicine*, p. 1023-1027.

Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. (2007). Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries.Em*Evidence Report/Technology Assessment* No. 153.

Cloherly, J. P. & Stark A. R. (2008) *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro: MEDSI.

Czechowski, A.E; Fujinaga, C.I. (2010). Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 15(4):572-7.

D’Amorim, M. A. M. (1996). A Teoria da Ação Racional. *Revista Ciências Humanas*, 30, 92-106.

Dantas, A.L.B. (2011). *O Sentido do cuidado para mães no método canguru*. Dissertação de Mestrado do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Enk, Ilson.; Abegg, M.P.; Alves, R.J.V.; Stringhani, F.; Campos, J.F.; Menezes, H.S.; Jung, C. (2009). Icterícia como causa de internação neonatal: a experiência em um serviço terciário de Porto Alegre, RS. *Revista da AMRIGS*. Porto Alegre, 53 (4): 361-367.

Fernandes, J.C.; Nozawa, M.R. (2010). Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Ciência e saúde coletiva*, 15(2): 353-61.

Ferreira, M.C. (2010). A Psicologia Social Contemporânea: principais tendências nacionais e internacionais. *Psicologia Teoria e pesquisa*. Vol 26. Número especial, 51-64.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing.

- Fossá, M. I. T. (2003). *Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias*. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Gil, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo:Atlas, 1999.
- Gomes, G.P; Gubert, M.B.(2012). Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional. *Jornal de Pediatria*. 88(3):279-82.
- Guerreiro, E.M, Rodrigues, D.F.; Queiroz, A.B.A.; Ferreira, M.A.(2014). Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 67(1): 13-21.
- Guttman, L. (1965). A faceted definition of intelligence. In *Studies in Psychology*, Scripta Hierosolymitana. *Hebrew University*, Jerusalem, 14.
- Hames, M.L.C. (2006). *Amarras da liberdade: representações maternas do processo de amamentação-desmame de crianças com idade superior a dois anos*. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2012). Síntese de indicadores sociais – Uma análise de vida da população brasileiras. *Estudos e pesquisas/ Informação Demográfica e Socioeconômica*. n 29. Rio de Janeiro.
- Ichisato, S.M,T.; Shimo, A.K.K.(2002). Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10(4), 578-585 Ribeirão Preto.
- Jaafar, S.H ; Jahanfar, S; Angolkar M; HO, J.J. (2011). Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 16(3).
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1992). *Pais/Bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klefbeck, J. (2000). Terapia de red: un método de tratamiento en situaciones de crisis. *Revista Sistemas Familiares*, 16 (1), 47-63.
- Linhares, M.B.M. (2003). Prematuridade, risco e mecanismos de proteção do desenvolvimento. *Temas sobre desenvolvimento*, 12, pp.18-24. Suplemento especial.
- Maldonado, M.T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.
- Maia, C.R.S. (2010). *Desmame em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar*. Tese em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Marques, E.S, Cotta, R.M.M; Magalhães, K.A; Sant’Ana, F.R; Gomes, A.P; Batista, R.S. (2010). A Influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência saúde coletiva*. 15(Supl. 1)

- Medeiros, A.M.C.; Oliveira, A.R.M.; Fernandes, A.M.; Guardachoni, G.A.S.; Aquino, J.P.S.P, Rubinick, M.L.; Zveibil, N.M.; Gabriel, T.C.F. (2011). Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(1):57-65.
- Margotti, E. (2013). *Fatores associados ao desmame precoce: percepção de auto eficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal*. Tese da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança.
- Martins, O.M.D.; Paço, A.M.F.; Mainardes, E.W.; Rodrigues, R.G. (2014). O marketing social e a promoção de mudanças estruturais no aleitamento materno. *RAE*, São Paulo, SP. V. 54, n. 4, 370-80.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- Malhotra, N. K. Marketing research: an applied orientation. New Jersey: Prentice-Hall, 1993.
- Melo, L.M. (2010). *(Con) vivendo com o bebê prematuro de muito baixo peso (< 1500g): a experiência materna durante a internação e após a alta hospitalar*. 138f. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará.
- Ministério da Saúde (BR).(2011). *Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil – Os primeiros passos (2007-2010)*. Brasília;
- Monte, G.C.S.B.; Leal, P.L.; Pontes, C.M. (2013). Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enferm*. Jan/Mar; 18(1):148-55.
- Monteiro, J.C.S; Nakano, M.A.S; Gomes, F.A. (2011). O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. *Invest.e Educação em Enfermagem*.29(2):315-21.
- Moutinho, K. (2000). *Amamentação à luz da Teoria da Ação Racional: Crenças, normas, atitudes e intenções*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco.
- Moreira, M.A.; Lopes, R.L.M. (2007) Amamentação: Aspectos históricos das políticas públicas brasileiras. *EmOnline Brazilian Journal of Nursing*, 6(2).
- Moreira, A.S.H. ; Murara, A.Z. (2012). Aleitamento materno desmame precoce e hipogalactia: O papel do nutricionista. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná*. Curitiba, v.2, n.2, p.51-61, abr./jun.
- Müller, M. (1977). *O matador de bebês*. (2ª edição) São Paulo: CEMICAP/CEPE/IMIP.
- Muller-Nix, C.; Forcada-Guex, M.; Perrehumbert, B.; Jaunin, L.; Borghini, A., & Ansermet, F. (2004).Prematurity, maternal stress and mother-child interactios.*Early Human Development*, 79, 145-158.

- Oliveira, N.D.; Joaquim, M.C.M.(2002). A Atenção Humanizada ao Recém – Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) e a Amamentação, Em:REGO, J. D., *Aleitamento Materno*, (p.401-408). São Paulo: Editora ATHENEU.
- OMS/UNICEF (1990). *Declaração de Innocenti - Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno*, Florença – Itália.
- Osório, C.M. (2006). *Representações sociais acerca da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o aleitamento materno exclusivo: um estudo de enfermagem*. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Pachi, P. (2003). *O pré-termo – Morbidade, Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo-Roca. 1ª Edição.
- Pedras, C.T.P.A.; Pinto, E.A.L.C.; Mezzacappa. (2008). Uso do copo e da mamadeira em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. *Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife-PE.8(2)-163-9.
- Petty, R. E. & Briñol, P. (2010). Attitude structure and change: Implications for implicit measures. In B. Gawronski & B. K. Payne (Eds.), *Handbook of implicit social cognition: Measurement, theory, and applications* (pp.335-352). New York: Guilford Press.
- Pizzani, L; Lopes, J; Martinez, C.M.S. (2012) A detecção precoce dos fatores de risco relacionados à prematuridade e suas implicações para a Educação Especial. Em *Revista Educação Especial*, 25 (44), 545-562. Santa Maria.
- Rafhael – Leff, J.(1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rapoport, A. (2003). *Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: apoio social e ingresso na creche*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Raven, F.G.C.(2013). *Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de vida da criança*. Dissertação de Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas.
- Rea, M.F. (1998). Breastfeeding and the use of human milk: what the American Academy of Pediatrics recommends. *Jornal de Pediatria* (RJ). 74(3), 171-172.
- Roazzi, A. (1995). Categorização, formação de conceitos e processos de construção de mundo: Procedimento de classificações múltiplas para o estudo de sistemas conceituais e sua forma de análise através de métodos de análise multidimensionais. *Cadernos de Psicologia*, 1, 1-27.
- _____. & Dias, M. G. B. B. (2001). Teoria das facetas e avaliação na pesquisa social transcultural: Explorações no estudo do juízo moral. In Conselho Regional de Psicologia– 13ª Região PB/RN (Ed.), *A diversidade da avaliação psicológica: Considerações teóricas e práticas* (pp. 157-190). João Pessoa, PB: Idéia.
- _____. Federicci, F. C. B. & Wilson, M. (2001). A estrutura primitiva da representação social do medo. *Psicol. Reflex. Crit.*, vol.14, no.1, p.57-72.

- Rodrigues, A.P; Martins, E.L; Trojahn, T.C; Padoin, S.M.M; Paula, C.C; Tronco, C.S. (2013). Manutenção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo – revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*.jan/mar;15(1), 253-264.
- Sampaio, A.A.S; Andery, M.A.P.A; Bahia, F.H. In: Moreira, M. B. (Org.) (2013). *Comportamento e Práticas Culturais*. Brasília: Instituto Walden4. Cap. 13.
- Sanches, M.T.C.(2004). Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *JornalPediátrico*.80(5):s155-s62.
- Santana, M.C.C.P.; Goulart, N.G.B; Chiari, B.M; Medeiros, A.M; Henriques, E.A.A.S (2010). Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*, 15(2), 411-417.
- Silva, I. A.(1997). *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. São Paulo: Robe.
- Silva, A.P; Souza, N. (2005). Prevalência do aleitamento materno. *Revista de Nutrição*. 18(3), 301-310. Campinas.
- Silva, I.A. (2000). Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Abril/Jun, 53(2), 241-9.
- Silva, L.A.; Silva, R.G.A.; Rojas, P.F.B.; Laus, F.F.; Sakae, T.M.(2009). Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência em Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 53 (4): 354-360, out.-dez.
- Simons, D.A. (2002). Alimentos complementares ao desmame: quais, quando e como introduzi-los? Em: Rego JD. *Aleitamento materno* (p. 299-312). São Paulo: Atheneu.
- Solé, D.; Silva, L.R; Rosário filho, N.A.; Sarni, R.O.S. (2008). Consenso brasileiro sobre alergia alimentar: 2007. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. *Revista brasileira alergologia e imunopatologia*. 31(2), 66-89.
- Sluzki, C. A. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souto, D.C.; Jager, M.E.; Pereira, A.S.; Dias, A.C.G.(2014). Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 35-46.
- Souza, I. E. O.(1993). *O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação*. Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 103p.
- Tavares, L.A.M.(2014). *Aleitamento e UTI Neonatal – Um guia para ajudar as mães da UTI a manter a sua produção de leite durante os dias de internação de seu bebê no hospital*. Edição comemorativa, disponível para download em: www.alemdauti.com.br e www.aleitamento.com.

- Teixeira, M.A.; Nitschke, R.G.; Silva, L.W.S.(2011). Influência das avós na prática do aleitamento Materno. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3): 205-221.
- Toma, T.S. (2003). Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. Em: *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Sup.2), S233-S242. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Toma, T.S.; Rea, M.F. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24 (Sup 2), S235-S246.
- Valduga, L.C.; Ascari, R.A.; Zanutelli, S.S.; Frigo, J.; Schmitt, M.D.; Sandrin, J.(2013) Desmame precoce: intervenção de enfermagem. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-44
- Véras, R.M e Traverso-Yépez, M.A. (2010). A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 18(1): 288.
- Veloso, M.R.R (2000). *Preditores do “uso da camisinha” no âmbito escolar: uma aplicação da Teoria da Ação Racional*. Dissertação de Mestrado em Educação da Universidade Federal do Piauí.
- Vieira, A.B.L e Lima, R.E.V. (2012). Crescente incidência de partos cesáreos no Brasil. *Anais eletrônicos da I Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistema de Informação CIEGESI/ I Encontro Científico da PNAP/UEG*, Goiás.
- Vieira, M.E.B e Linhares, M.B.M (2011). Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolares e escolares. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro). 87(4), 281-291.
- Winnicott, D. (1978). *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- WHO/UNICEF/USAID (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2009) *Newborns: reducing mortality*. Geneva. [Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>. Acesso em 10/04/2011
- World Health Organization – WHO (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, 88, 31-38.
- World Health Organization (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. WHO Library Cataloguing-in-Publication.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS – Parte I – Ao nascimento (relativas à família, à mãe, à criança e ao ambiente)

Dados de Identificação:

Nome: _____

Endereço e telefones para contato posterior (bairro, município e estado):

I. Relativas à família:

Tamanho da família (número de pessoas na casa)

- 1) 0-3 2) 3-5 3) 6 ou mais

Idade paterna (anos)

Religião do pai

- 1) Católico
- 2) Evangélico
- 3) Espírita
- 4) Cristão
- 5) Sem Religião

Origem étnico/racial

- 1) Branca
- 2) Preta
- 3) Amarela
- 4) Parda
- 5) Indígena

Profissão pai (descrição por extenso)

Número de filhos (quantidade)

Escolaridade Pai (anos de estudo)

- 1) Nenhuma 2) 1 – 3 3) 4 – 7 4) 8 – 11 5) 12 ou mais
6) Superior incompleto 7) Superior completo

Renda familiar (salário mínimo vigente)

- 1) > 01 salário 2) 1 – 2 3) 3 – 4 4) mais de 5

II. Relativas à mãe:

A Gestação foi planejada ?

- 1) Sim 2) Não

Fumo durante a gestação ?

- 1) Sim 2) Não

Álcool durante a gestação ?

- 1) Sim 2) Não

Uso de drogas ilícitas durante a gestação ?

- 1) Sim 2) Não

Consultas pré-natal (número de vezes)

- 1) Nenhuma 2) 1 – 3 3) 4 – 6 4) 7 ou mais

Parto

- 1) Vaginal 2) Cesáreo

Gestação

- 1) Única 2) Dupla 3) Tripla ou mais

Filho pré-termo:

- 1) Sim 2) Não

Idade materna (anos)

Estado civil

- 1) Solteira 2) Casada 3) Viúva 4) Separada
5) União consensual

Origem étnico/racial

- 1) Branca
2) Preta
3) Amarela
4) Parda
5) Indígena

Rede social de apoio (suporte para o AME):

- Avós
 - 1) Sim 2) Não
- Companheiro (a)
 - 1) Sim 2) Não
- Família (geral)
 - 1) Sim 2) Não
- Outros

- 1) Sim 2) Não

Profissão mãe (descrição por extenso)

Religião da mãe

- 1) Católica
2) Evangélica
3) Espírita
4) Cristã
5) Sem Religião

Escolaridade mãe (anos de estudo)

- 1) Nenhuma 2) 1 – 3 3) 4 – 7 4) 8 – 11 5) 12 ou mais
6) Superior incompleto 7) Superior completo

III. Relativas à criança:

Data de nascimento (dia/mês/ano)

Peso ao nascer (gramas)

Sexo

- 1) Masculino 2) Feminino

Apgar 5'

- 1) 4 – 6 2) 7 – 10

Idade gestacional (semanas)

- 1) 25 – 29 2) 30 -33 3) 34 – 36 ou mais

Comprimento ao nascer(em cm)

Tempo de internação hospitalar (dias)

Uso de sonda

- 1) Sim 2) Não

Intercorrências

- 1) Sim 2) Não

Quais?

Icterícia

- 1) Sim 2) Não

TTRN

1) Sim 2) Não

SDR

1) Sim 2) Não

Outros

1) Sim 2) Não

IV. Relativos ao ambiente:Número de cômodos na casa

1) ≥ 4 cômodos 2) < 4 cômodos

Recursos materiais disponíveis em casa

- Geladeira

1) Sim 2) Não

- Televisão

1) Sim 2) Não

- Micro-ondas

1) Sim 2) Não

- Computador

1) Sim 2) Não

APÊNDICE B**QUESTÕES SOBRE AMAMENTAÇÃO**

- 1) Quais as vantagens de amamentar o pré-termo ?
- 2) Quais as desvantagens de amamentar o pré-termo ?
- 3) Quais as vantagens de amamentar dentro do método mãe canguru ?
- 4) Quais as desvantagens de amamentar dentro do método mãe canguru ?
- 5) Quais as pessoas que influenciam a amamentação para a mãe ?
- 6) Quais as pessoas que não influenciam a amamentação para a mãe ?
- 7) Quais os meios de comunicação listados abaixo, para você, mais influenciam na amamentação ?

() Televisão	() jornais
() rádio	() Mídias digitais (celular, internet...)
() Revistas.	

APÊNDICE C

Tabela 1: Questão-Vantagens de Amamentar o bebê pré-termo

Vantagens de Amamentar o bebê pré-termo	n	%
Amamentar faz o bebê crescer e se desenvolver com saúde	87	88,8
Aleitar aumenta o contato entre mãe e filho	60	61,2
O leite materno é mais barato	90	91,8
Amamentando ele (o bebê) ganha peso mais rápido	79	80,6
A amamentação é como uma vacina para o bebê	69	70,4
O leite materno é a melhor forma de amor	90	91,8
Amamentar emagrece e diminui o câncer de útero e mama	8	8,2
Ao amamentar sinto que sou mãe, que é o ideal para o meu filho.	74	75,5

Tabela 2: Questão - Desvantagens de amamentar o bebê pré-termo

Desvantagens de amamentar o bebê pré-termo	n	%
Nenhuma	74	75,5
Dor e desconforto	16	16,3
Deixar os filhos em casa para trabalhar	3	3,1

Tabela 3: Questão - Vantagens de amamentar dentro do Método Canguru

Vantagens de amamentar dentro do Método Canguru	N	%
Ficar junto do filho (Vínculo)	72	73,5
Aprendizagem e orientações	39	39,8
Segurança e tranquilidade (apoio)	42	42,9
Incentivo e importância ao AME	93	94,9

Tabela 4: Questão - Desvantagens de amamentar dentro do Canguru

Desvantagens de amamentar dentro do Canguru	N	%
Nenhuma	44	44,9
Estrutura física ruim (ar condicionado, higiene, alimentação)	14	14,3
Sinto como se estivesse numa prisão...	14	14,3
Não conseguimos dormir aqui... (referindo-se ao canguru)	9	9,2

Tabela 5: Questão - Pessoas que influenciam a amamentação

Pessoas que influenciam a amamentação	n	%
Minha mãe (avó materna).	38	38,8
A Equipe do hospital.	32	32,7
O meu marido, Companheiro (a).	18	18,4
A minha Sogra, tia, irmãs = família em geral.	30	30,6
As Fonoaudiólogas.	18	18,4
Os Médicos.	8	8,2
As Técnicas de Enfermagem.	14	14,3
Eu mesma sei que é importante dar o peito...	11	11,2
As amigas aqui do canguru...	5	5,1

Tabela 6: Questão - Pessoas que NÃO influenciam a amamentação

Pessoas que NÃO influenciam a amamentação	n	%
Ninguém.	54	55,1
A minha mãe, sogra e cunhada = família.	8	8,2
As próprias mães do canguru	22	22,4
Eu mesma	5	5,2
Amigas	16	16,3

Tabela 7: Questão - Meios de comunicação que mais influenciam a amamentação

Meios de comunicação que mais influenciam a amamentação	n	%
Televisão	70	71,4
Rádio	10	10,3
Revistas	36	36,7
Jornais	24	24,5
Internet, celular...	40	40,8

APÊNDICE D**QUESTÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS II****I. Relativos à mãe:**

Tempo de amamentação exclusiva

- 1) Sim 2) Não

Por quanto tempo? (meses)

Introdução de fórmulas lácteas

- 1) Sim 2) Não

Quais?

- **Nan**

- 1) Sim 2) Não

- **Nestogeno**

- 1) Sim 2) Não

- **Ninho**

- 1) Sim 2) Não

II. Relativos à criança:

Uso de vias alternativas de alimentação

- 1) Sim 2) Não

- **Copo**

- 1) Sim 2) Não

- **Mamadeira**

- 1) Sim 2) Não

- **Outros**

- 1) Sim 2) Não

Quais? (extenso)

Introdução de chupeta

1) Sim 2) Não

Com quantos meses?

III. Relativos ao ambiente:

Visitas domiciliares(PSF):

1) Sim 2) Não

Atendimento pediátrico em programas de seguimento (follow up):

1) Sim 2) Não

Quantas vezes?

APÊNDICE E**QUESTIONÁRIO TIPO LIKERT*****1. Acredito que o leite materno é mais barato.***

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

2. Com a amamentação o seu filho cresce e se desenvolve com saúde.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

3. O aleitamento favorece o contato entre mãe e filho.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

4. O ganho de peso se mantém com a amamentação.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

5. A amamentação mantém a imunidade da criança.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

6. Amamentar é bom para a mãe emagrecer.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

7. Minha família (especialmente minha mãe) acha que devo continuar a amamentar meu bebê.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

8. Ainda sinto dor e muitos incômodos ao amamentar o meu filho prematuro.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

9. O Canguru me deixou tranquila e segura para ajudar o meu filho.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

10. Hoje, entendo a importância dada pelos profissionais de saúde do Canguru ao Aleitamento.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

11. Atualmente, posso lembrar como o ambiente do Canguru era agradável.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

12. A televisão influencia no processo de amamentação.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

13. *Através da internet ainda me mantenho informada sobre os ganhos do aleitamento materno.*

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

14. *No Alojamento Canguru eu me sentia “presa”.*

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

15. *Ainda tenho dificuldades para dormir, iguais a que tive quando estava no Canguru.*

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

16. *Continuo tendo o apoio do pai do meu filho para amamentar.*

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

17. *As enfermeiras continuam nos dando apoio após a saída do hospital.*

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

18. *Os médicos orientam sobre a importância de continuar a amamentação exclusiva.*

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

19. As Fonoaudiólogas continuam nos dando apoio em relação à amamentação, após a saída do canguru.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

20. As amigas de infância e vizinhas ainda incentivam o uso da mamadeira para alimentar o meu bebê.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

21. Eu continuo a amamentar independente do que as pessoas falam.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

22. Eu ainda fico cansada física e emocionalmente por amamentar meu bebê.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

23. Acredito que amamentar diminui o câncer de útero e mama.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos você para participar como voluntária da pesquisa: **Prematuridade e desmame precoce no Método Canguru à luz da Teoria da Ação Racional (TAR)**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Patrícia Gomes Barboza**, **Telefone:** (081) 8711-8136 **E-mail:** barboza-patricia@ig.com.br, endereço: Universidade Federal de Pernambuco – Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva. Av. da Arquitetura, s/n - Cidade Universitária - CEP: 50.740- 550, **Telefone:** (81) 2126.8272 e está sob a orientação de: Profa. Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira, **Telefone:** (081) 2126. 8323 **E-mail:** tandaa@terra.com.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que você esteja bem esclarecida sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Também garantimos que você tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar as normas, crenças e atitudes das mães de crianças nascidas antes do tempo, em amamentar ou não e manter ou não a amamentação através da Teoria da Ação Racional.

Você será avaliada individualmente, através de questionários, com gravações de sua voz. Os questionários serão aplicados logo após o nascimento de seu bebê, quando ele/a fizer três meses e também aos seis meses. Os dias dos encontros serão combinados no ato da assinatura desse termo e os encontros subsequentes serão realizados no retorno aos ambulatórios das Instituições do estudo.

O único risco em que as participantes estão expostas é o de um possível constrangimento no momento de aplicação dos questionários e/ou da gravação da voz, mas que poderá ser minimizado através do esclarecimento e da orientação sobre a importância da pesquisa.

Como benefício direto, na medida em que o questionário for respondido, você poderá refletir sobre a prática do aleitamento materno exclusivo, como um processo de construção/desconstrução que pode ser iniciado e mantido e/ ou interrompido por inúmeros fatores adversos que podem ser controlados ou não. Esse trabalho também poderá levar ao

esclarecimento de quais são as questões que mais “pesam” no processo decisório de amamentar ou não, assim como o da manutenção desse processo por um tempo prolongado.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados serão arquivados na sala 126, ligada ao Departamento de Psicologia e Orientação Educacionais, no Centro de Educação da UFPE, Av. da Arquitetura, s/n - Cidade Universitária - CEP: 50.740- 550, Recife-PE, Fone/Fax: (81) 2126. 8323, sob a responsabilidade da Professora Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira; os quais serão destruídos depois decorridos o prazo de 05 (cinco) anos.

Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

ANEXO II

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Prematuridade e desmame precoce no Método Canguru à luz da Teoria da Ação Racional (TAR)**, como voluntária.

Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura da participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Testemunha nº1 (Assinatura)

Testemunha nº 2 (Assinatura)

ANEXO III

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para menores de 12 a 18 anos - Resolução 466/12)

OBS: Este Termo de Assentimento do menor de 12 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você, após autorização dos seus pais para participar como voluntária da pesquisa: **Prematuridade e desmame precoce no Método Canguru à luz da Teoria da Ação Racional (TAR)**. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora **Patrícia Gomes Barboza**, **Telefone:** (081) 8711-8136, **E-mail:** barboza-patricia@ig.com.br, endereço: Universidade Federal de Pernambuco – Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva. Av. da Arquitetura, s/n - Cidade Universitária - CEP: 50.740- 550, **Telefone:** (81) 2126.8272 e está sob a orientação da Profa. Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira, **Telefone:** (081) 2126.8323 **E-mail:** tandaa@terra.com.br.

Este documento se chama Termo de Assentimento e pode conter algumas palavras que você não entenda. Se tiver alguma dúvida, pode perguntar à pessoa a quem está lhe entrevistando, para compreender tudo o que vai acontecer. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar as normas, crenças e atitudes das mães de crianças nascidas antes do tempo, em amamentar ou não e manter ou não a amamentação através da Teoria da Ação Racional.

Você será avaliada individualmente, através de questionários, com gravações de sua voz. Os questionários serão aplicados logo após o nascimento de seu bebê, quando ele/a fizer três meses e também aos seis meses. Os dias dos encontros serão combinados no ato da assinatura desse termo e os encontros subsequentes serão realizados no retorno aos ambulatórios das Instituições do estudo.

O único risco a que você será exposta é o de um possível constrangimento no momento de aplicação dos questionários e/ou da gravação da voz, mas que poderá ser minimizado através do esclarecimento e da orientação sobre a importância da pesquisa.

Como benefício direto, na medida em que o questionário for respondido, você poderá refletir sobre a prática do aleitamento materno exclusivo, como um processo de construção/desconstrução que pode ser iniciado e mantido e/ ou interrompido por inúmeros fatores adversos que podem ser controlados ou não. Esse trabalho também poderá levar ao esclarecimento de quais são as questões que mais “pesam” no processo decisório de amamentar ou não, assim como o da manutenção desse processo por um tempo prolongado.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados serão arquivados na sala 126, ligada ao Departamento de Psicologia e Orientação Educacionais, no Centro de Educação da UFPE, Av. da Arquitetura, s/n - Cidade Universitária - CEP: 50.740- 550, Recife-PE, Fone/Fax: (81) 2126. 8323, sob a responsabilidade da Professora Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira; os quais serão destruídos depois decorridos o prazo de 05 (cinco) anos.

Nem você e nem seus pais pagarão nada para você participar desta pesquisa. Se você morar longe, nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para transporte, para também acompanhar a pesquisa.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcps@ufpe.br).**

Assinatura da pesquisadora

**ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO
VOLUNTÁRIA**

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Prematuridade e desmame precoce no Método Canguru à luz da Teoria da Ação Racional (TAR)**, como voluntária. Fui informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precisem pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do (da) menor : _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da voluntária em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Testemunha nº1 (Assinatura)

Testemunha nº 2 (Assinatura)

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar a sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa **Prematuridade e desmame precoce no Método Canguru à luz da Teoria da Ação Racional (TAR)**. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora **Patrícia Gomes Barboza**, **Telefone:** (081) 8711-8136, **E-mail:** barboza-patricia@ig.com.br, endereço: Universidade Federal de Pernambuco – Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva. Av. da Arquitetura, s/n - Cidade Universitária - CEP: 50.740- 550, **Telefone:** (81) 2126.8272 e está sob a orientação da Profa. Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira, **Telefone:** (081) 2126. 8323 **E-mail:** tandaa@terra.com.br.

Este documento se chama Termo de Consentimento e pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que a menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem a sua filha, que está sob sua responsabilidade, serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar as normas, crenças e atitudes das mães de crianças nascidas antes do tempo, em amamentar ou não e manter ou não a amamentação através da Teoria da Ação Racional.

Sua filha será avaliada individualmente, através de questionários, com gravações de sua voz. Os questionários serão aplicados logo após o nascimento do bebê, quando ele/a fizer três meses e também aos seis meses. Os dias dos encontros serão combinados no ato da assinatura desse termo e os encontros subsequentes serão realizados no retorno aos ambulatórios das Instituições do estudo.

O único risco a que sua filha será exposta é o de um possível constrangimento no momento de aplicação dos questionários e/ou da gravação da voz, mas que poderá ser minimizado através do esclarecimento e da orientação sobre a importância da pesquisa.

Como benefício direto, na medida em que o questionário for respondido, sua filha poderá refletir sobre a prática do aleitamento materno exclusivo, como um processo de construção/desconstrução que pode ser iniciado e mantido e/ ou interrompido por inúmeros

fatores adversos que podem ser controlados ou não. Esse trabalho também poderá levar ao esclarecimento de quais são as questões que mais “pesam” no processo decisório de amamentar ou não, assim como o da manutenção desse processo por um tempo prolongado.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados serão arquivados na sala 126, ligada ao Departamento de Psicologia e Orientação Educacionais, no Centro de Educação da UFPE, Av. da Arquitetura, s/n - Cidade Universitária - CEP: 50.740- 550, Recife-PE, Fone/Fax: (81) 2126. 8323, sob a responsabilidade da Professora Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira; os quais serão destruídos depois decorridos o prazo de 05 (cinco) anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **Prematuridade e desmame precoce no Método Canguru à luz da Teoria da Ação Racional (TAR)**, como voluntária. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para a menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Testemunha nº1 (Assinatura)

Testemunha nº 2 (Assinatura)

