



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

MARA VIANA CARDOSO AMARAL

**OLHAR MATERNO SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA PREMATURIDADE:
TEORIA FUNDAMENTADA**

FEIRA DE SANTANA

2020

MARA VIANA CARDOSO AMARAL

**OLHAR MATERNO SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA PREMATURIDADE:
TEORIA FUNDAMENTADA**

Dissertação apresentada pela nutricionista Mara Viana Cardoso Amaral ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos.

Orientadora: Profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira.

Co-orientador: Prof Dr. Gilmar Mercês de Jesus.

FEIRA DE SANTANA

2020

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Amaral, Mara Viana Cardoso
A515o Olhar materno sobre a amamentação na prematuridade: Teoria
Fundamentada / Mara Viana Cardoso Amaral. – 2020.
158f. : il.

Orientadora: Graciete Oliveira Vieira
Coorientador: Gilmar Mercês de Jesus

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Aleitamento materno. 2. Recém-nascido prematuro. 3. Bem-
estar materno. 4. Teoria Fundamentada. I. Vieira, Graciete Oliveira,
orient. II. Jesus, Gilmar Mercês de, coorient. III. Universidade Estadual
de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 613.953

MARA VIANA CARDOSO AMARAL

**OLHAR MATERNO SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA PREMATURIDADE:
TEORIA FUNDAMENTADA**

Dissertação apresentada pela nutricionista Mara Viana Cardoso Amaral ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Epidemiologia. Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos.

Aprovada em 29 de julho de 2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Professora Titular/Plena da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
(Orientadora)

Prof. Dr. Gilmar Mercês de Jesus
Doutor em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professor Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
(Co-orientador)

Profa. Dra. Evanilda Souza de Santana Carvalho
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
(Examinador 01, Titular)

Profa. Dra. Maria Constantina Caputo
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, Professora Permanente da Universidade Federal da Bahia (UFBA)
(Examinador 02, Titular)

Profa. Dra. Tatiana de Oliveira Vieira
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
(Examinador 03, Suplente)

DEDICATÓRIA

À minha avó paterna, Ana Maria Maciel Cardoso, minha segunda mãe, que, por muito pouco, não viveu para ver a defesa dessa dissertação. Gostaria de homenageá-la, por ter feito muito mais do que podia para minha formação pessoal e profissional. Foi muito difícil escrever as últimas palavras desta dissertação em meio à dor da saudade. Mas fiz o melhor que fui capaz. Por ela e para ela.

Jamais te esquecerei, vó.

AGRADECIMENTOS

Não caberiam nesta dissertação, se eu fosse escrever para todos aos quais devo agradecimentos por essa dissertação. Mas preciso arriscar-me nessa tarefa de destacar alguns.

A Deus pela oportunidade de vivenciar essa experiência inesquecível de minha vida, e por me dar forças para persistir nos caminhos que escolheste para mim, apesar das adversidades.

À minha família, em especial meu companheiro, minha filha, minhas irmãs e meus pais, por serem meu porto seguro, e meu refrigerio.

À minha turma do mestrado, que mais do que colegas de classe, tornaram-se meus verdadeiros amigos. Vocês representaram a melhor parte dessa caminhada, que se apresentou tão dura, por conta de fatores externos vivenciados no país e no mundo. Sou feliz só de lembrar dos momentos que vivi com vocês.

Às colegas do meu núcleo de pesquisa, pós-graduandas e estudantes de graduação, por dividir comigo os árduos trabalhos e as glórias. Eu não teria conseguido sem vocês.

Aos meus professores, desde aqueles das disciplinas nas quais muito aprendi, aos meus orientadores. À Professora Graciete, por embarcar na minha viagem, longe da nossa zona de conforto; e ao professor Gilmar, que se juntou a nós nesse itinerário, e nos ajudou a definir esse destino. Muito obrigada por compartilhar vosso conhecimento.

E por fim, às colaboradoras deste projeto, à psicóloga Áquila e à professora Evanilda. Áquila foi minha companheira de coleta, e muito além disso, parceira dos estudos e interpretações dos dados. E a querida professora Evanilda, minha gratidão por tantas horas dedicadas às análises e ensinamentos.

À direção e aos colaboradores dos hospitais Estadual da Criança e Inácia Pinto dos Santos que foram campos desse estudo, e por oferecerem as condições e o apoio necessário para o desenvolvimento dessa pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pela bolsa de mestrado acadêmico que foi fundamental para essa realização.

Às mães, participantes desse estudo, que se dispuseram a abordar suas questões pessoais para colaborar com a construção do conhecimento.

E por fim, à Universidade Estadual de Feira de Santana, e à população brasileira, por me permitirem acessar um mestrado em uma universidade pública, com alto nível de qualidade, tornando-me melhor profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

AMARAL. Mara Viana Cardoso. **Olhar materno sobre amamentação na prematuridade: Teoria Fundamentada**. 2020, 158p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2020.

RESUMO

Introdução: Amamentar é muito mais que nutrir. É uma prática que envolve interação profunda entre mãe e filho, envolve determinações biológicas relacionadas à mulher e ao recém-nascido prematuro e é permeada também por diversos condicionantes da vida social. **Objetivo:** Construir uma teoria substantiva do processo de lactação e aleitamento materno após parto prematuro, a partir da compreensão da experiência materna durante hospitalização do recém-nascido. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem da Teoria Fundamentada Construtivista, conduzido nos dois hospitais públicos com maternidade, da cidade de Feira de Santana. Adotamos a amostragem teórica. Participaram 24 mulheres com parto anterior a 37 semanas gestacionais, cujos filhos necessitaram de cuidados críticos, excluídas as contraindicadas para amamentar. Foram realizados grupos focais uniformemente compostos: ou com mães cujos filhos estavam na Unidade de Terapia Intensiva, ou com mães que estavam no Alojamento Canguru. Realizou-se gravação de todos os grupos, seguida de transcrição. No primeiro grupo, foi aplicada a técnica desenho-estórias com inquérito a partir da seguinte provocação: “Nessa folha em branco, desenhe o que vem à sua mente quando falo em amamentar um recém-nascido prematuro”; para os demais grupos-focais, foram utilizadas questões provocadoras, derivadas das análises anteriores. Após cada grupo, procedeu-se a análise dos dados e sua codificação, utilizando o método comparativo-constante. Para a coleta de dados socioeconômicos e características reprodutivas, foram utilizados questionários estruturados. Utilizou-se ainda a observação sistemática da rotina da unidade de terapia intensiva. Os textos dos grupos focais, os desenhos-histórias e a observação sistemática foram triangulares para aflorar as categorias. A seguir, as categorias foram relacionadas de forma lógica em um modelo teórico, através da abstração analítica, utilizando os marcadores “como”, “porque”, “com que consequências” e “mudança”. As categorias foram então submetidas a validação por três profissionais com experiência na assistência a esse público. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, CAAE 17004819.1.0000.0053. **Resultados:** A categoria central que emergiu das análises foi “Ansiando amamentar exclusivamente para relacionar-se com o recém-nascido prematuro, mas temendo não conseguir”, às quais foram relacionadas outras cinco categorias a saber: *porque*: “Desejando amamentar exclusivamente para salvar o recém-nascido prematuro das condições críticas pelas quais se sentem responsáveis”; *como*: “Experimentando desconforto físico, confusão de sentimentos e pressões”; e “Sofrendo ao longo do processo da amamentação”; *com que consequências*: “Aprendendo, refletindo e fazendo escolhas sobre amamentação” e *mudança*: “Pensando em alternativa ao leite materno exclusivo”. **Conclusões:** A experiência de amamentação na prematuridade tem uma dimensão fortemente subjetiva. No início do processo de hospitalização do prematuro, a amamentação é vista como relação afetiva, permeada pela sensação de dever materno não cumprido, diante da interrupção precoce da gestação, que é fator motivador do intenso desejo de amamentar. Porém, a partir das vivências do percurso, com as dificuldades derivadas do ambiente, da relação com os profissionais e das próprias limitações de lactação, amamentar passa a significar para elas uma forma de contribuir para a saúde do filho prematuro. Assim, o desejo de ser a única provedora da alimentação do RNP substitui-se pelo plano de realizar a amamentação de acordo com suas reais possibilidades, seja ele misto ou exclusivo.

DESCRITORES: Aleitamento Materno. Recém-Nascido Prematuro. Bem-Estar Materno. Teoria Fundamentada.

AMARAL. Mara Viana Cardoso. **Maternal conceptions of breastfeeding in prematurity: Grounded Theory**. 2020, 158p. Dissertation (Master's) - Postgraduate Program in Collective Health, State University of Feira de Santana city.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is beyond nutrition. It is a strong interaction between mother and child, it involves biological determinations about the woman and the premature infant and it also permeated by several social life conditions. **Research aim:** To build a substantive theory of breastfeeding process after the premature delivery, from the maternal experience understanding during the newborn's hospitalization period. **Methods:** It is a qualitative study, using the Constructivist Grounded Theory approach, conducted in two public hospitals, in the city of Feira de Santana, Bahia. We adopted theoretical sampling. Twenty-four women with childbirth before 37 gestational weeks participated, whose children needed critical care, excluding those contraindicated to breastfeed. Focus groups were uniformly composed: either with mothers whose children were in the Intensive Care Unit, or with mothers who were in Kangaroo Accommodation. All groups were recorded, followed by transcription. In the first group, the drawing-story technique was applied with inquiry from the following provocation: "On that blank sheet, draw what comes to your mind when I talk about breastfeeding a premature newborn"; for the other focus groups, provocative questions were used, derived from the analyses of the previous ones. After each group, data analysis and coding were performed, using the comparative-constant method. To collect socioeconomic data and reproductive characteristics, structured questionnaires were used. A systematic observation of the intensive care unit routine was also used. The focus group texts, story-drawings and systematic observation were triangulated to emerge the categories. Then, the categories were logically related in a theoretical model, through analytical abstraction, using the markers "how", "why", "with what consequences" and "change". Three professionals with experience in assisting this public then submitted the categories to validation. This research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana, CAAE 17004819.1.0000.0053. **Results:** The central category that emerged from the analyses was "longing to breastfeed exclusively to relate to the premature newborn, but fearing not to succeed", to which five other categories were related, namely, *why*: "wishing to breastfeed exclusively to save the newborn from the critical conditions for which they feel responsible"; *how*: "experiencing physical discomfort, confusion of feelings and social pressures"; and "suffering throughout the breastfeeding process"; *with what consequences*: "learning, reflecting and making choices about breastfeeding" and *change*: "thinking about an alternative to exclusive breast milk". **Conclusions:** The experience of breastfeeding in prematurity has a strongly subjective dimension. At the beginning of the process of newborn hospitalization, breastfeeding is seen as an affective relationship, permeated by the feeling of unfulfilled maternal duty, for early termination of pregnancy, which is a motivating factor for the intense wish to breastfeed. However, from the experiences of the route, like the difficulties derived from the environment, the relationship with staff and their own lactation limitations, breastfeeding means for them a way to contribute to the health of their premature child. Thus, the desire to be the sole food provider is replaced by the plan to carry out breastfeeding according to its real possibilities, whether mixed or exclusive breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding. Infant, Premature. Maternal Welfare. Grounded Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Mapa da literatura científica sobre o tema: Lactação e/ou Aleitamento Materno após parto prematuro	18
Figura 2	- Artefatos pré-históricos para alimentação infantil, encontrados na Áustria	25
Figura 3	- Desenho metodológico do presente estudo	37
Figura 4	- Modelo teórico de amamentação na prematuridade durante hospitalização	67
Figura 5	- Desenho-estória de Panda. Título: O que é amamentar	68
Figura 6	- Desenho-estória de Myla. Título: Amor sem fim	69
Figura 7	- Desenho-estória de Aba. Título: amamentar um bebê prematuro	74
Figura 8	- Desenho-estória de Kel. Título: Ir para casa	77
Figura 9	- Desenho-estória de Nuza. Título: Família	78
Figura 10	- Desenho-estória de Daniela, mãe de recém-nascido pré-termo internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	80
Figura 11	- Desenho-estória de Mãe de Luz. Título: Nascimento do amor	81
Figura 12	- Desenho inquérito de Camila. Título: Demonstre mais amor nessa vida	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Características sociodemográficas da amostra (N = 24). Feira de Santana, Brasil, 2020	64
Tabela 2	- Experiência de amamentação na prematuridade: categorias, códigos focais e dados. Feira de Santana, Brasil, 2020	65

LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
BLH	Banco de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas)
HEC	Hospital Estadual da Criança
HIPS	Hospital Inácia Pinto dos Santos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LABCFMI	Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil
LM	Leite Materno
LME	Leite Materno Exclusivo
MS	Ministério da Saúde
NUPES	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RNPT	Recém Nascido Prematuro
SOG	Sonda Orogástrica
SUS	Sistema Único de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 OS BEBÊS PREMATUROS: PECULIARIDADES E FRAGILIDADES.....	19
2.2 A LACTAÇÃO É UM EVENTO NEUROPSICOENDÓCRINO	21
2.3 ALEITAMENTO MATERNO É UMA PRÁTICA SOCIAL E HISTÓRICA.....	25
3 OBJETIVO	35
3.1 QUESTÕES NORTEADORAS	35
4 METODOLOGIA	36
4.1 ESTRUTURA INTERPRETATIVA: SOCIOCONSTRUTIVISMO	38
4.2 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA.....	39
4.3 OS AMBIENTES DA PESQUISA	41
4.3.1 Hospital Inácia Pinto dos Santos	42
4.3.2 Hospital Estadual da Criança	44
4.4 OS PARTICIPANTES	47
4.5 OS PROCEDIMENTOS	48
4.5.1 Proposição da pesquisa	48
4.5.2 Os instrumentos	48
4.5.3 A coleta	53
4.5.4 Análise	55
4.5.5 Reflexividade	59
4.5.6 Considerações éticas e políticas	60
5 RESULTADOS	63
6 DISCUSSÃO	91
7 CONCLUSÕES	107

REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	119
APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL INICIAL	123
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS COLABORADORES	124
APÊNDICE E – ARTIGO	131
APÊNDICE F – GRÁFICO DE CÓDIGOS	152
ANEXO A – AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS PARA COLETA DE DADOS ...	153
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	157
ANEXO C – ANUÊNCIA DA PSICÓLOGA	158

1 INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais que nutrir. É uma prática que envolve interação profunda entre mãe e filho, sofre determinações biológicas relacionadas à mulher e ao recém-nascido prematuro (RNPT) e é permeada por diversos condicionantes da vida social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que o aleitamento materno (AM) ocorre quando a criança recebe leite materno (LM), direto da mama ou ordenhado, independentemente de receber ou não outros alimentos (BRASIL, 2015). Este é recomendado como uma das formas mais efetivas de promover crescimento, desenvolvimento e prevenção de morbimortalidade dos recém-nascidos (WHO, 2019), sobremaneira para o RNPT (BRASIL, 2014), e também traz inúmeros benefícios para a recuperação da mulher no período puerperal (HERICH *et al.*, 2016). No entanto, a despeito da disseminação dessas informações, as estatísticas em diferentes lugares do mundo demonstram que essa prática na díade mãe-RNPT está aquém do ideal, evidenciando que este problema tem raízes complexas, muito além das questões biomédicas.

A frequência de amamentação ao seio materno na alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresenta números desiguais nos diversos países: na Suécia, por exemplo essa frequência foi de 16% (ERICSON *et al.*, 2016) enquanto que no Canadá foi de 64% (CASEY, LARA; FUCILE; DOW, 2018a). No Brasil, apesar de não haver dados nacionais, estudos locais dão ideia do tamanho da disparidade que a idade gestacional no momento do parto proporciona à amamentação. Coorte conduzida na cidade do Rio de Janeiro apontou que, no momento da alta hospitalar apenas 5,5% das crianças prematuras estavam em AM exclusivo (MÉIO *et al.*, 2018), enquanto que a prevalência do AM exclusivo foi de 36,6% na população geral de crianças brasileiras (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Esses dados nacionais reiteram que o estabelecimento do AM na díade mãe- RNPT é um desafio. A maternidade, nestes casos, inicia-se com mães fisiologicamente imaturas para a amamentação, emocionalmente abaladas pelo parto inesperadamente precoce e imersas numa diversidade de problemas que a frequente hospitalização prolongada do RNPT traz para sua vida cotidiana (LAU, 2018). As dificuldades vivenciadas nesse processo repercutem na redução da produção de LM e na duração do AM (BRIERE *et al.*, 2016; PARKER, L. A. *et al.*, 2013).

Acrescente-se a isso as limitações de um RNPT, que apresenta-se imaturo e criticamente vulnerável a morbimortalidade, o que acaba por preocupar intensamente suas mães (BOWER *et al.*, 2017). Além disso, especialmente nos casos de RNPT de muito baixo peso, a precária

sucção e descoordenação da deglutição (YU *et al.*, 2019), sonolência e comportamento letárgico resultam em mamadas tardiamente iniciadas, e, no princípio, ineficientes devido a fraca pressão de sucção intraoral (MEIER *et al.*, 2017). Além disso os distúrbios metabólicos, a instabilidade clínica (GIANNÌ *et al.*, 2016) e a imaturidade imunológica, com aumento do risco de infecções, demandam cuidados críticos que limitam o contato do RNPT com os familiares (ROSSMAN *et al.*, 2013).

Afora as limitações maternas e neonatais já citadas, a oferta do LM da própria mãe para os seus filhos prematuros exige a institucionalização de programas que envolvem modificações de rotinas, posturas e discursos da equipe de trabalhadores da assistência à saúde (MEIER *et al.*, 2017). A difundida utilização de leite humano doado tem reduzido a utilização de fórmulas lácteas e de suas consequências deletérias à saúde infantil, mas não trouxe melhoria na prevalência do AM de prematuros, e pode ainda trazer o prejuízo da desmotivação das mulheres para amamentar (BIXBY *et al.*, 2016).

A cada ano, estima-se que 15 milhões de crianças nascem prematuras no mundo, o que representa 11,1% dos nascidos vivos, e este número vem aumentando nos últimos 20 anos (OMS, 2016). Além disso, as complicações relacionadas com a prematuridade são a segunda maior causa direta de morte em crianças menores de cinco anos (BLENCOWE, 2012). Por isso, as estratégias de saúde devem atender as especificidades deste público, com importante impacto para a saúde coletiva.

Estudos anteriores abordaram a problemática do AM após parto prematuro, com abordagem quantitativa (BRIERE *et al.*, 2015; CASEY, LARA; FUCILE; DOW, 2018; CASAVANT *et al.*, 2015; ROMAINE *et al.*, 2018) ou qualitativa (NIELA-VILÉN *et al.*, 2015; LOVERDE *et al.*, 2018; IKONEN; PAAVILAINEN; KAUNONEN, 2015), sob a ótica de diversos sujeitos implicados, e em diversas etapas desse processo. Porém, nenhum estudo apresentou, até o momento, um modelo conceitual com riqueza de relações, no que diz respeito ao AM, sob a ótica materna, de RNPT moderados e extremos durante sua hospitalização. Diversos estudos apresentaram categorias descritivas que emergiram dos discursos (DIETRICH LEURER *et al.*, 2020; FLAHERMAN *et al.*, 2016; ESQUERRA-ZWIERS *et al.*, 2016), mas nenhum as relacionou em um modelo teórico do processo de amamentação após parto prematuro.

Amamentar um RNPT é uma questão existencial (VAN WIJLEN; ASTON, 2019). As mães são as protagonistas da amamentação, por isso, compreender como elas enfrentam os

problemas para estabelecê-la, e as razões e circunstâncias que as influenciam, contribui para o reconhecimento de questões profundas, somente conhecidas pelos sujeitos que as experimentam. O conhecimento que elas constroem sobre sua própria vivência são pontos-chaves para promover ações realmente resolutivas, que atuem sobre a integralidade dos sujeitos para facilitar a amamentação do RNPT (FARMANOVA; BONNEVILLE; BOUCHARD, 2018). A compreensão da subjetividade dessas mulheres e de suas singularidades pode favorecer a abordagem dos profissionais de saúde de maneira empática, resultando em acolhimento, respeito, apoio, ao invés do julgamento de suas decisões. Os sujeitos não são só os destinatários, mas são também parceiros inestimáveis que podem revelar causas profundas e subsidiar o desenvolvimento de intervenções efetivas, inovadoras e sustentáveis (HOROWITZ; ROBINSON; SEIFER, 2009).

A garantia do direito à saúde para melhoria da qualidade de vida das pessoas e à ampla participação nas decisões sobre a saúde está consolidada na Constituição do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988). Mas a tarefa de efetivar esses direitos depende da vocalização das necessidades e desejos da população para o acolhimento integral e humanizado que conduza à autonomia dos cidadãos e oriente a organização das práticas e as respostas institucionais, reafirmando o protagonismo popular em detrimento da oferta de serviços fragmentados, focalizados e medicalizantes. Por isso é importante examinar a experiência das mães, protagonistas da prática em questão, ao amamentar seus bebês prematuros e valorizar o conhecimento que elas constroem sobre sua própria vivência.

1.1 PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS

O atual estudo foi construído a partir dos seguintes pressupostos:

- Múltiplas perspectivas: a realidade, por sua própria natureza, apresenta-se complexa a ponto de não poder ser apreendida com total precisão. Aquilo que se pode captar dela é sua representação (HAMMERSLEY, 1992 apud ANDREWS, 2016).
- Lógica indutiva: o pesquisador procura despir-se de seu entendimento prévio sobre a situação pesquisada, não apresentando hipóteses a testar. A compreensão dos processos sociais pressupõe uma imersão no mundo no qual eles são gerados, para conhecer como as práticas e os significados são formados e informados pela linguagem e por normas compartilhadas em um determinado contexto social. Ao invés de ir a campo com um

conjunto predefinido de construtos ou instrumentos para medir a realidade, o pesquisador deriva seus construtos a partir do trabalho de campo, captando a perspectiva das pessoas, com suas próprias palavras, expressões e imagens, baseando-se em seus próprios conceitos e experiências (BAUER; GASKELL, 2002).

- O saber dos sujeitos: o conhecimento do mundo é construído a partir da relação dialética que se estabelece entre os indivíduos. Este conhecimento é contextualizado historicamente, genuíno daquele povo, o que possibilita uma ação concreta neste mundo, mas não pode ser expandido para outras realidades diferentes (SMEHA, 2009).
- Os valores do pesquisador: as pressuposições, crenças, valores e interesses do pesquisador sempre intervêm na modelagem de suas investigações, pois são a condição para a sua compreensão do mundo e para a escolha dos objetos e caminhos da pesquisa. Faz-se necessário a exposição desses valores e sua discussão (CRESWELL, 2014).

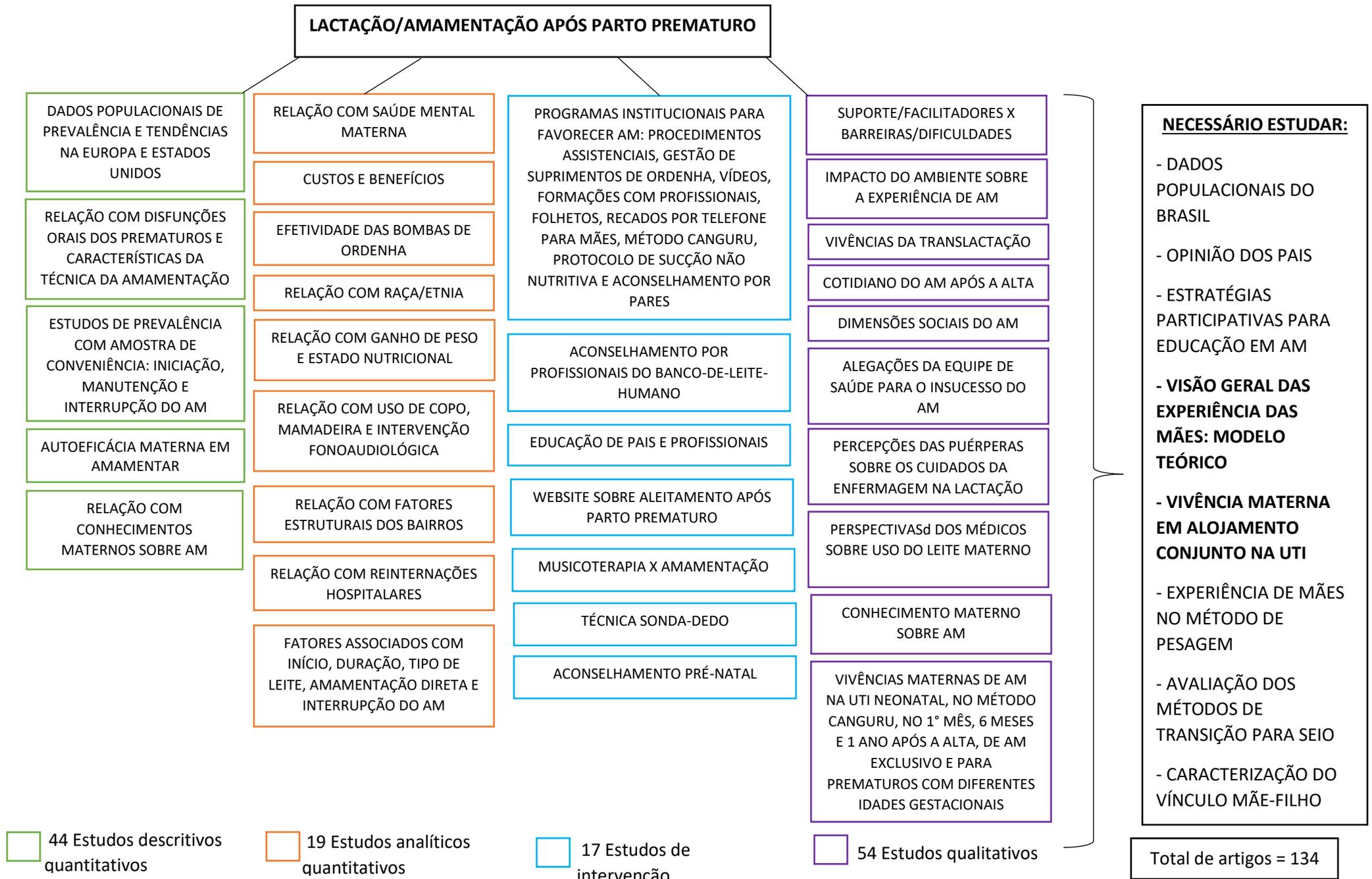
2 REVISÃO DA LITERATURA

Para levantamento do estado da arte do tema “lactação e amamentação após parto prematuro” e confirmação do ineditismo desta pesquisa, realizei um levantamento de artigos científicos entre setembro e outubro de 2019, na base de dados PUBMED, utilizando a estratégia de busca: "breast feeding" AND ("premature birth" OR "obstetric labor, premature" OR "infant, very low birth weight"), e foram filtrados os artigos científicos publicados em português, inglês ou espanhol, sem limitação temporal; a seguir, os trabalhos pertinentes foram selecionados a partir dos títulos, e depois dos resumos.

Ao final, os artigos foram organizados em pastas, agrupados de acordo com seu desenho, em descritivos quantitativos, analíticos quantitativos, estudos de intervenção e estudos qualitativos. Em cada um desses grupos foi construído um quadro-síntese, que incluiu os objetivos, a população, os métodos, os resultados e as sugestões de novos estudos. Os tópicos sobre o tema lactação e amamentação após parto prematuro, alvo das pesquisas levantadas, foram resumidos na Figura 1. Nesta também incluímos as lacunas da literatura, que foram apontadas pelos autores dos artigos pesquisados.

Os artigos levantados, que utilizaram diversas estratégias de pesquisa foram estudados e conformam o conhecimento de interesse dessa dissertação. Outros referenciais citados por esses artigos também foram utilizados para enriquecimento deste levantamento de literatura. O conteúdo dessa revisão pode ser acessado nos capítulos que se seguem.

FIGURA 1: Mapa da literatura científica sobre o tema: Lactação e/ou Aleitamento Materno após parto prematuro.



2.1 OS BEBÊS PREMATUROS: PECULIARIDADES E FRAGILIDADES

O nascimento prematuro tem importantes implicações para o crescimento, desenvolvimento, sobrevivência e perspectivas futuras do RNPT. A OMS subdivide o grupo de prematuros de acordo com a idade gestacional em: prematuros extremos (aqueles nascidos antes de 28 semanas gestacionais), prematuros moderados (aqueles nascidos entre a 28^o e a 32^o semanas gestacionais) e os prematuros moderados a tardios (quando o nascimento ocorre entre a 32^o e a 37^o semanas gestacionais). Os prematuros se classificam ainda quanto ao peso de nascimento: como baixo peso (BP), quando nascem com menos de 2500g, muito baixo peso (MBP), quando nascem com menos de 1.500 g, e extremo baixo peso (EBP), com peso inferior a 1.000 g ao nascer (OMS, 2016).

Com a interrupção precoce da gestação, o desenvolvimento do RNPT é interrompido na fase de maior velocidade de crescimento, ganho ponderal, e maturação de órgãos, impactando de forma importante sobre sua saúde, com consequências imediatas, que envolvem necessidade de intervenções precoces para garantir a sobrevivência dos mesmos (ALMEIDA *et al.*, 2013). Essas condições trazem implicações importantes na sua relação com pais e familiares. Dependendo das condições do nascimento e do nível de prematuridade, os RNPT levarão um tempo para serem acolhidos nos braços maternos. Ficarão dentro de uma incubadora, na dependência de que alguém compreenda seu choro e os ajude a posicionar-se de forma mais confortável. Sentirão cheiros diferentes dos de sua mãe, escutarão vozes estranhas e também barulhos de aparelhos, e sentirão o desconforto de um tubo que lhe atravessa o esôfago, para lhe levar alimento no estômago (BRASIL, 2017).

Os RNPT podem apresentar algumas dificuldades para a adaptação ao meio extrauterino, sendo o controle da respiração um destes desafios. Nesse sentido, a apneia aparece como uma das principais intercorrências apresentadas por eles. Para tratamento, além de intervenções farmacológicas, podem ser necessários equipamentos para suporte respiratório, como cânula nasal para oxigenioterapia, máscara ajustada ao nariz ou nariz e boca do paciente para CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure* - pressão positiva contínua nas vias aéreas) ou tubo orotraqueal para ventilação mecânica (SCHOEN *et al.*, 2014). O tipo de suporte respiratório utilizado tem impacto direto sobre a forma de alimentação e também sobre o tipo de contato possível das mães com o RNPT.

Outra dificuldade apresentada pelos prematuros é o controle térmico, fator este fundamental para sua sobrevivência. São vários os fatores que propiciam a perda aumentada e diminuição de produção de calor nesses indivíduos. Entre eles, a área de superfície corporal relativamente grande em relação ao peso, maior volume de água extracelular fazendo com que ele perca calor mais facilmente por evaporação, a barreira epidérmica pouco desenvolvida e o baixo estoque de gordura marrom (KNOBEL, 2014). Para manter o controle da temperatura, muitos RNPT necessitam permanecer em incubadora ou berços aquecidos, que trazem implicações para o seu manuseio, especialmente nos casos de necessidade de isolamento térmico, quando o único contato é feito por meio de orifícios que possibilitam a entrada das mãos, sem a possibilidade de abertura da incubadora (ALMEIDA, 2014).

Muitos avanços tecnológicos têm ocorrido nos cuidados dos RNPT, principalmente no controle dos problemas respiratórios, térmicos e cardiovasculares, porém, as desordens do trato gastrointestinal permanecem alarmantes (PUMBERGER *et al.*, 2002), e são as maiores causas de morbidade e mortalidade entre crianças prematuras (NG *et al.*, 2015; DVORAK *et al.*, 2008; QIAN *et al.*, 2017). Para estes casos, como para os anteriores os prematuros com menos de 1500g representam o grupo populacional de maior risco (OLIVEIRA *et al.*, 2005; PENHA *et al.*, 2013).

O intestino do prematuro é imaturo porque, durante o último trimestre da gravidez, a mucosa do trato gastrointestinal dos fetos é exposta a biofatores de proteção imune, tais como citocinas, anticorpos e lactoferrina, além de fatores tróficos intestinais, através da deglutição de líquido amniótico, o que permite que o intestino dos fetos dobre de tamanho (UNDERWOOD, GILBERT, SHERMAN, 2005; RODRIGUEZ, CAPLAN, 2015). As crianças que nascem antes dessa etapa, são privadas dos benefícios desta exposição.

Além disso, o inadequado manejo nutricional, com introdução tardia da nutrição enteral, conduz à rápida atrofia intestinal e facilita a proliferação de microbiota patogênica, fatores que contribuem para a infecção gastrointestinal (PLETSCH *et al.*, 2013). Aparecem ainda como fatores agressores do trato gastrointestinal a alimentação com fórmulas lácteas a base de leite de vaca (EMAMI *et al.*, 2012; JOHNSON ET AL, 2015) e uso de medicamentos comumente administrados de forma prolongada como antibióticos e bloqueadores de prótons (NEU, WALKER 2011; QIAN, 2017). Todos esses fatores tornam a tolerância alimentar dificultada no RNPT.

Diante das fragilidades e peculiaridades dos prematuros, sua nutrição se caracteriza como uma emergência (MARTINEZ; CAMELO JR, 2001). Neste sentido, o LM oferece proteção contra infecções e enterocolite necrotizante, favorece o neurodesenvolvimento e função cognitiva (HERICH *et al.*, 2016), melhora desenvolvimento visual e maturação de componentes do surfactante, o que contribui para a maturação pulmonar (MOLES *et al.*, 2015). O LM das mães de prematuros traz benefícios adicionais para os seus bebês, pois tem características especiais, adaptadas às suas necessidades nutricionais e imunológicas, como maior concentração de proteínas, lipídeos, fatores de proteção imunológica e bactérias probióticas comensais (MOLES *et al.*, 2015). Quando é utilizado cru preserva todas as suas propriedades imunológicas, tróficas e nutricionais (QUITADAMO *et al.*, 2018; LEWIS *et al.*, 2017). Por sua vez, a administração orofaríngea de gotas de colostro é considerada como imunoterapia, alternativa natural que facilita a adaptação do RNPT à vida extrauterina e menor morbimortalidade neonatal (RODRIGUEZ, 2015). Portanto, ações que favoreçam a oferta de LM da própria mãe aos RNPT devem ser priorizadas.

2.2 A LACTAÇÃO É UM EVENTO NEUROPSICOENDÓCRINO

A lactação, o fenômeno de secreção do LM pelas glândulas mamárias femininas, ocorre após o parto, quando a queda imediata da concentração de progesterona induz uma resposta neuroendócrina que estimula a secreção de prolactina e ocitocina, que somada à sucção do neonato, resulta na expulsão do LM (VIEIRA, 2019), fenômeno que não é muito bem esclarecido nos casos de parto prematuro (HUANG *et al.*, 2018), quando o corpo da mulher pode também não estar preparado para a amamentação.

As glândulas mamárias são rudimentares nos homens e nas crianças e somente se diferenciam na puberdade feminina. Porém, sua maturação final se dá após o parto (ROLIM; MARTINS, 2002). Na gravidez, sob a ação dos hormônios prolactina e o lactogênio placentário, o tecido mamário sofre a diferenciação secretória (lactogênese I). A diferenciação celular constitui um processo biológico complexo, que regula a expressão de um grande número de genes ligados a funções específicas do tecido, neste caso, a secreção de LM, e controla também a proliferação celular do tecido, aumentando o número de células secretoras. Mas a produção do LM somente se dá após a ativação secretória (lactogênese II), que ocorre após o parto (HUANG *et al.*, 2018). Entre 24 a 48 horas após o parto a mama se apresenta intumescida

devido a migração de água e dilatação dos ductos e alvéolos levando ao fenômeno denominado de apojadura, que independe da sucção.

Sabe-se que a partir do segundo dia pós-parto ocorre uma mudança na forma de regulação da lactação: do controle endócrino para o autócrino, em que o estímulo de produção do LM passa a depender da sucção (PARKER, MARGARET *et al.*, 2013; VIEIRA, 2019). No caso das mães de RNPT que necessitam de cuidados críticos, o estímulo autócrino é dependente de ordenha, manual ou mecânica, para regulação e estimulação da glândula mamária (MEIER *et al.*, 2017; YU *et al.*, 2019), embora, o efeito da ordenha seja mais fraco para a lactação, quando comparado com o da sucção (YU *et al.*, 2019).

A sucção do seio materno pelo bebê estimula as terminações nervosas do mamilo e aréola enviando impulsos via neuronal reflexa aferente para o hipotálamo, que estimula a hipófise anterior a secretar o hormônio prolactina e a hipófise posterior o hormônio ocitocina. Somente após o parto, a prolactina consegue agir na produção de LM, já que durante a gestação é inibida pela alta concentração de esteroides sexuais (estrogênios e principalmente progesterona), que caem abruptamente após a remoção da placenta (REGO, 2001).

Cerca de 30 minutos após o início da mamada, a elevação nos níveis de prolactina faz com que a mama produza mais LM para a próxima mamada. A manutenção da lactação depende dos níveis sanguíneos da prolactina, e estes, por sua vez, são dependentes da frequência do estímulo. Já a ocitocina, é responsável pela ejeção, ou expulsão do LM; isso porque a ocitocina contrai as células mioepiteliais ao redor dos alvéolos, empurrando o LM para os ductos, e através dos mamilos (VIEIRA, 2019). Mas esse processo de lactação ainda é pouco entendido em mães dependentes de ordenha (MEIER *et al.*, 2017).

O que se pode observar nas mães de prematuros, é o frequente atraso da lactação. A lactogênese II caracteriza-se pelo início da produção copiosa de LM, e ocorre tipicamente até 72h após o parto. Quando se ultrapassa esse tempo, caracteriza-se o atraso da lactogênese II, que é um importante fator para cessação do AM (FOK *et al.*, 2019). Esse atraso resulta em lactação pobre nas primeiras semanas, e maior risco para insucesso do AM a longo prazo (YU *et al.*, 2019). O volume de LM nos primeiros 15 dias é fundamental para manutenção posterior do AM. Isso porque, a glândula mamária é programada durante o período pós-parto inicial para lactação a longo prazo, incluindo aumento no número de células secretoras e receptores de prolactina (HOBAN *et al.*, 2018). Quando o volume diário ordenhado é maior ou igual a 500ml

a partir do 14º dia, implica em 3 vezes mais chance de amamentar na alta da UTIN (MEIER et al., 2017).

As taxas de incidência de lactogênese tardia no estágio II variam de 17% a 44% em várias populações (ILHAN et al., 2018). A falha na lactogênese II pode decorrer de dois tipos de condições: uma dificuldade primária para produzir volume adequado de LM, ou uma condição secundária como resultado do manejo inadequado do AM e/ou de problemas relacionados ao bebê (FU et al., 2015). No primeiro caso, destaca-se mulheres obesas, as diagnosticadas com diabetes insulino-dependente (HUANG et al., 2018) ou diabetes gestacional, aquelas com concentrações elevadas de cortisol no sangue (FU et al., 2015; (CASEY, THERESA *et al.*, 2019), com estresse, dor, hipotireoidismo, hipopituitarismo, síndrome do ovário policístico, lesão/cirurgia na mama, fumo (ILHAN et al., 2018), maior idade, trabalho de parto muito prolongado, parto cesariano não programado, hipertensão gestacional (YU et al., 2019), corioaminionite (GIANNÌ et al., 2016), distúrbio do sono (ILHAN et al., 2018)(FU et al., 2015), e/ou parto prematuro. No segundo caso, destaca-se a falta de exposição a padrões de sucção específicos do lactente humano, o atraso do uso de bomba de ordenha, contracepção hormonal precoce, e expressão manual prolongada (MEIER et al., 2017).

A ordenha é uma necessidade para viabilizar a oferta do LM das mães cujos RNPT necessitam de cuidados críticos. Sabe-se que manter uma alta frequência de ordenha pode ter grande impacto sobre a produção de LM (WU *et al.*, 2015). Isso acontece porque a ordenha eleva os níveis maternos de ocitocina e prolactina, e os primeiros dias após o parto é o momento de maior impacto desses hormônios, que pode não só favorecer o início precoce, como também aumentar a probabilidade de sustentação dessa produção. Recomenda-se que o estímulo se inicie antes das primeiras 6h após o parto, e que seja mantida, com duração de 10 a 15 minutos (FLAHERMAN; LEE, 2013).

A ausência de remoção eficaz do LM das mamas contribui para a falha da lactação pois a estase gera a produção de fator inibidor local que interrompe o fluxo de LM (FOK *et al.*, 2019). Estudo de revisão apontou que a frequência ótima de ordenha para facilitar a produção do LM é de 5 a 8,5 vezes ao dia; e que a iniciação mais precoce do AM ou ordenha está associada com maior duração e maior volume. Mas não é só isso. Mesmo em hospital onde é rotina do cuidado obstétrico a assistência às mães para realização da expressão manual e também ordenha mecânica do LM, logo que possível, dentro das 6 primeiras horas pós parto, a

proporção de puérperas após parto prematuro que experimentaram atraso na lactogênese foi de 36% (YU et al., 2019).

Uma maior atenção às puérperas pode motivá-las a iniciar rapidamente a extração manual do seu LM, ou bombeamento, o que aumenta muito a probabilidade de que sejam capazes de suprir de forma plena as necessidades dos seus bebês. Mas o sucesso dessa prática depende do trabalho de toda a rede de apoio social e institucional à díade mãe-bebê. O início precoce e a manutenção da ordenha com frequência e duração ótimas requer engajamento e adequada motivação da lactante e também de todos à sua volta (FLAHERMAN; LEE, 2013).

A utilização da nutrição enteral via SOG com leite humano dos bancos de leite humano (BLH) ou com fórmulas lácteas dão a falsa impressão de que os filhos não precisam do LM de suas próprias mães, e trazem prejuízos ao estado psicológico materno, com impacto também na lactogênese (WU *et al.*, 2015). Em geral, após um parto prematuro, os pais e profissionais de saúde priorizam os cuidados aos RNPT, deixando em segundo plano os cuidados com a puérpera e a lactação. O stress materno é conhecido antagonista da produção do LM.

A evolução para a alimentação oral ao seio costuma ser lenta, e traz muitas consequências de diversas ordens. Diante da demora para o primeiro contato pele-a-pele e das tensões decorrentes dos riscos associados à prematuridade, o primeiro contato materno para amamentar pode ser marcado pela ansiedade, preocupação e até tristeza, ao invés de ser pela satisfação e realização, como nos casos dos recém-nascidos de termo. Além disso, os bebês também estão com stress aumentado, devido às intervenções invasivas e os desconfortos vivenciados, dificultando ainda mais esse momento (BRASIL, 2017, p. 94).

A literatura científica defende que, mesmo antes de os bebês estarem desenvolvidos o suficiente para mamar, a unidade de cuidados neonatal deve promover o contato pele a pele, como no método Canguru, pois este aumenta a produção de LM e facilita o início da amamentação direta (CASEY, LARA; FUCILE; DOW, 2018b). Se antes a mãe era excluída da assistência em berçário de risco, agora ela deve ser protagonista, uma aliada, no processo de assistência, devendo ser permitida sua maior permanência junto ao filho prematuro e sua participação nos cuidados dele (FONSECA *et al.*, 2004). Além disso, a equipe hospitalar pode garantir que a primeira oferta alimentar em via oral do RNPT seja ao seio materno, pois a forma da primeira oferta alimentar via oral torna-se a preferida do RNPT, e aumenta a probabilidade de sucesso prolongado da amamentação (CASEY, LARA; FUCILE; DOW, 2018b).

2.3 ALEITAMENTO MATERNO É UMA PRÁTICA SOCIAL E HISTÓRICA

O AM na espécie humana não é um ato predominantemente instintivo, como nas demais espécies de mamíferos, já que ele sofre influências de diversas circunstâncias socioculturais que se alteram ao longo do tempo (GIUGLIANI; VIEIRA, 2009). No decorrer de toda a história da humanidade, o AM esteve marcado por interesses econômicos e de controle social que condicionaram períodos de intervenções de maior ou menor intensidade sobre o ato de a mulher amamentar o próprio filho (GOMES *et al.*, 2016).

Desde tempos remotos a civilização humana interfere no AM, seja por opção, necessidade ou imposição, as mulheres mudavam a forma de alimentar seus bebês. Como prova disso, há registros históricos do uso de mamadeiras na Grécia e Itália desde 4.000 a.C, e no Egito em 888 a.C, em pinturas rupestres (ICHISATO, SUELI MUTSUMI TSUKUDA; SHIMO, 2002). Histórias da mitologia retratam cenas de bebês amamentados por animais, como Rômulo e Remo, que fundariam Roma após terem sido alimentados por uma loba que os encontrou abandonados em uma cesta (WISEMAN, 1995). Já a mitologia grega relata que Zeus foi alimentado por uma cabra, após também ter sido abandonado por sua mãe, que temia que o próprio pai o devorasse, para não ser, um dia, destronado (MORFORD, LENARDON, 2003). Além disso, existem utensílios pré-históricos expostos em museus da Europa que teriam sido utilizados para oferecer leites de outros animais como vacas, ovelhas e cabras aos bebês humanos. Esses recipientes eram feitos de barro, apresentavam uma abertura superior, por onde o leite era colocado, e um apêndice lateral, como um bico perfurado, que era introduzido na boca do bebê para que o alimento fosse sugado (CASTILHO; FILHO; COCETTI, 2010), Figura 2.

Figura 2: Artefatos pré-históricos para alimentação infantil, encontrados na Áustria.



Fonte: Reuters/Enver-Hirsch/Wien Museum¹.

¹ Disponível em <https://www.dw.com/pt-br/estudo-atesta-uso-de-mamadeiras-na-pr%C3%A9-hist%C3%B3ria/a-50596064>. Acessado em fevereiro de 2020.

Mas as práticas de AM não eram uniformes nos diversos locais e nem apresentavam uma evolução linear. Os antigos babilônios, em 2.500 a.C. e os egípcios em 1.500 a.C. tinham como norma amamentar os filhos por um período de dois ou três anos, e para o povo hebreu amamentar era uma dádiva divina. Mas nessa mesma época, registros históricos como os encontrados no Código de Hamurabi e na Bíblia descrevem a regulamentação da atividade das chamadas “amas de leite”. As amas eram mulheres que amamentavam os filhos alheios, como forma de trabalho (MIDDLETON, 1993).

O ato de amamentar uma criança ao seio nem sempre foi visto de forma naturalizada, muito menos como um gesto de amor e carinho, especialmente associado à figura da mãe. Raras eram as mães das classes abastadas nas antigas sociedades europeias que alimentavam seus próprios filhos ao seio (BADINTER, 1985). A atividade das amas na Europa se iniciou na aristocracia e se difundiu nas sociedades urbanas que se seguiram. Em geral, as amas-de-leite eram mulheres muito pobres, e que viviam em condições precárias. As mães entregavam os filhos às amas, por vezes em sua própria residência, onde os mesmos ficavam por um tempo médio de 4 anos, por ser mais barato do que manter a ama hospedada. Isso propiciava uma lacuna do vínculo dos pais com os filhos (BARBIERI; COUTO, 2012).

Essa lacuna esteve associada aos modos de conceber a infância e a relação conjugal nos diferentes contextos históricos, culturais e religiosos. Na Idade Média, as crianças eram vistas como adultos, apenas menores e com menor força. Por isso, elas partilhavam com os adultos suas atividades (ARIÉS, 1986). Os valores tradicionais do século XVI davam prioridade ao cuidado do marido e dos bens, em detrimento da criança. O cristianismo, por sua vez, criou e perpetuou uma imagem dramática da infância, como um ser imperfeito, esmagado pelo peso do pecado original (BADINTER, 1985). Além disso, o sentimento de amor entre pais e filhos não era necessário à existência nem ao equilíbrio da família, principalmente porque o elevado índice de mortalidade infantil, trazia uma grande possibilidade de morte precoce da criança. Essa rigidez em relação à infância durou até o fim do século XVII (ARIÉS, 1986).

As mulheres das classes dominantes justificavam a não-amamentação de diversas formas, por crenças perpetuadas naquele período histórico: 1) amamentar faz mal à mulher e a deixa fraca, 2) amamentar prejudica a beleza dos seios, 3) amamentar é um ato pouco digno para uma dama, servia como distinção social, 4) para amamentar, era preciso estar reclusa, pois mostrar o seio era desrespeitoso, 5) era *demodé* cuidar de filhos ao invés de curtir a vida social e conjugal, 6) os maridos não gostam de mulher cheirando a leite, 7) médicos da época proibiam

relações sexuais durante o período da amamentação, pois o esperma faria o LM azedar (BARBIERI; COUTO, 2012).

Enquanto isso, em terras brasileiras, então habitadas por seus povos nativos ancestrais, o AM era prática tradicional. As mulheres índias costumavam amarrar seus filhos em tecidos e amamenta-los enquanto mantinham suas atividades, e a amamentação durava mais de dois anos. Com a chegada dos povos invasores, vieram as ideias de primitivismo e ato não-civilizado associados ao AM, fazendo com que se perpetuasse também por aqui o papel das amas de leite, inicialmente com a índias, e a seguir com as africanas escravizadas, as “mães-pretas”. Por aqui, as amas negras eram tratadas como “vacas”, objetivadas, compradas e vendidas por serem mais lucrativas, além de serem obrigadas a afastarem-se de seu próprio filho (MAGALHÃES, GIACOMINI, 1983). Após a abolição da escravatura, a prática das amas se aproxima do formato europeu, como profissão autônoma, que envolvia desde as negras livres, às imigrantes italianas, espanholas e árabes (ORLANDI, 1985).

Mas o quadro começa a mudar com a transformação do conceito de infância, com impacto no ato de amamentar. No século XVIII, o desenvolvimento científico e as políticas públicas de saúde tiveram interferência direta na modificação da imagem e das responsabilidades entre criança e família. Os avanços da epidemiologia e a difusão do uso dos antibióticos e vacinas destacou a ciência no imaginário popular, pelo seu poder de “fazer viver” os indivíduos e a população. Ao seu lado, o Estado, utilizando-se da ciência, usa sua “biopolítica” para regular e controlar a vida das pessoas, afinal, a criança não era mais vista como um fardo, mas como perpetuação de mais força de produção para o desenvolvimento econômico do país. Os pequenos transformavam-se em um investimento importante para o Estado, e este atribuiu à família a obrigação de cuidar deles. A família passa a se responsabilizar pela ‘produção’ de um filho enquadrado como “normal” (FOUCAULT, 1998).

A história até aqui narrada se configurou em um contexto de explosão de diversos movimentos sociais, desencadeados inicialmente na Europa e que espalharam-se por todo o mundo, dos quais se destacam a urbanização, a instauração e fortalecimento do sistema capitalista de produção, a formação e consolidação dos estados nacionais e a Revolução Francesa (MEYER, 2000). Neste momento, ideais como igualdade, amor e felicidade começam a conquistar mulheres. Obras de Jean-Jacques Rousseau enaltecem as mulheres pela primeira nos registros históricos vez por serem mães; as mulheres deveriam então imitar as outras fêmeas mamíferas, e obedecer aos seus instintos. Ao lado deste discurso, o interesse político e econômico era a sobrevivência das crianças. Alegavam que, ao serem amamentadas por amas

de leite, as crianças eram malculdadas e corriam risco de contrair doenças e, com frequência, morriam em consequência da má alimentação ou de doenças infecciosas (BARBIERI; COUTO, 2012).

A partir de então, difundiu-se na sociedade diversas obras e discursos com a intenção de chamar a atenção dos pais para novos valores a serem cultivados, especialmente o de família (BADINTER, 1985). Dessa forma, a família passa a ser considerada uma instituição natural, quando na realidade também se constitui culturalmente, sendo uma construção humana mutável. A família é apontada como elemento-chave não apenas para a “sobrevivência” dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

Os novos papéis da família colocam em destaque principalmente a construção de um novo lugar social da mulher, definido pela maternidade, construído e consolidado através da história como construção social da identidade feminina, mas difundido como um fruto da sua natureza (SOARES; CARVALHO, 2003). No final do século XIX, com as maiores descobertas sobre a mulher e o processo de reprodução humana, esta acabou sendo revestida por uma aura de sacralidade, associada à imagem da Virgem Maria, com um instinto de amor materno que lhe foi considerado inato. A revolução hormonal que passa o corpo da mulher é difundida como a responsável natural pelo sentimento da maternidade: prolactina e ocitocina – os “hormônios do amor”. A partir do nascimento da criança, a mãe passa a se devotar totalmente a ela e a se negar como sujeito, considerando essa representação da identidade feminina. O ciclo culturalmente imposto a todo ser feminino seria: nascer, crescer, casar, ser mãe, e morrer (CORDEIRO, 2013).

Ainda em fins do século XIX, desenvolve-se a puericultura, normatizando a melhor forma que as mães deveriam cuidar de suas crianças, para a obtenção de uma saúde perfeita (NOVAES, 2009). Esses ideais estão situados em um contexto de ascensão da corrente eugênica e do movimento modernizador nacionalista do pós-primeira Guerra Mundial, quando se apregoava que a criança é o futuro da nação (FREIRE, 2009). A valorização do AM inicia-se neste contexto, no discurso do amor materno instintivo e apoiado pelo novo paradigma cientificista, explorado na área biomédica e higienista. Vale ressaltar que as amas foram acusadas de mercenárias e responsabilizadas pela alta mortalidade infantil, e esquecidas como sujeitos que tinham necessidades de sobrevivência, e mães de filhos que também necessitavam

de amamentação (FREIRE, 2009). Porém, os higienistas não conseguiram pôr fim à prática das amas de leite, e se viram obrigados a regulamentar esta atividade.

Foi quando em 1901, Dr. Moncorvo Filho, importante personalidade da puericultura no Brasil, fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, no Rio de Janeiro, onde recebiam e examinavam as amas de leite, que eram atestadas ou rejeitadas por motivos de doença. Este tipo de serviço se espalhou pelo país. Essas instituições relataram encontrar nas amas doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, “insuficiência láctea”, câncer, lepra, pus no LM, entre outros. Após a avaliação geral, as amas passavam a ser um recurso de indicação médica, como alternativa para as mães que não podiam amamentar (ORLANDI, 1985). O decreto de lei que aprova a regulamentação das amas incluiu, entre as regras, a proteção do filho da ama, que precisava ter pelo menos 4 meses, para que esta pudesse atuar, bem como a inspeção de saúde dos lactentes e das condições psicológicas e econômicas das amas (NOVAES, 2009).

As estratégias de promoção da amamentação comumente praticadas neste período estavam impregnadas do reducionismo biológico típico do modelo biologicista, que negava as dificuldades da mulher na relação entre querer e poder amamentar. As ações se voltavam para informar a mulher sobre as vantagens em ofertar o LM do seio a seu filho e para responsabilizá-la pelos resultados futuros, decorrentes do sucesso ou do fracasso, que é associado de forma direta a agravos para a saúde de seu filho (ALMEIDA, 1999).

No final da década de 30 inauguram-se os lactários no Brasil, que viriam posteriormente a se chamar Bancos de Leite Humano (BLH), ideia trazida da França. O primeiro lactário foi pertencente ao Abrigo Maternal da cidade de Salvador, na Bahia, organizado e construído por Martagão Gesteira (ALMEIDA, 1999). Os lactários eram inicialmente frequentados principalmente por amas de leite, negras, que, após os exames clínicos e laboratoriais, vendiam seu LM excedente (BARBIERI; COUTO, 2012).

Mas a primeira estrutura operacional reconhecida como BLH foi implantada 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O LM nele coletado era utilizado principalmente para atender os casos de crianças considerados especiais, como prematuros, crianças com enfermidades nutricionais e alergias alimentares, dentro do próprio hospital. O excedente era vendido para crianças externas. A utilização do leite humano dos BLH em condições passíveis utilização de alimentação artificial era vedada, alegando-se menor custo (BARATA, 1960).

Diferentemente da configuração atual, a doação de LM não era um ato de pura solidariedade. Na verdade, tratava-se de uma relação comercial, de compra e venda, agenciada pelos BLH, que envolvia lucro. Segundo registros e relatórios do BLH-IFF/FIOCRUZ, o leite humano chegou a ser comercializado, em várias ocasiões, à razão de US\$ 35 o litro. Havia profissionalização da doação, que remunerava de acordo com o volume produzido, e contava com benefícios adicionais, como assistência médica e recebimento de leites industrializados. As doadoras eram em sua totalidade pobres, utilizavam seu LM como forma de sustento, o que chegou até mesmo a estimular a paridade em muitas mulheres (ALMEIDA, 1999).

O aparecimento dos BLH se dá concomitante à ascensão do uso das fórmulas chamadas de “substitutos do leite materno”; o LM do BLH era usado apenas para resolver os casos em que as fórmulas não eram indicadas. Na segunda metade do século XIX, alavancado pela informação de que o leite de vaca tem mais proteína do que o leite humano, legitimou-se um discurso a favor dos substitutos do LM, o que, somado à descoberta de métodos tecnológicos para produção de um leite estéril, condensado ou evaporado, passível de conservação, foi fundamental para que a indústria de alimentos tenha se voltado para a produção desses leites, com destaque para a Nestlé. A seguir, os produtos foram evoluindo até as chamadas fórmulas infantis, de diversas composições, para as diversas necessidades dos lactentes, e a disposição para compra nas farmácias e supermercados (REA, 1990). Certamente, em alguns casos, esses leites representaram maneira segura de alimentar crianças, mas a sua real necessidade era questionável.

Por outro lado os médicos, que despontavam com grande respeito na sociedade de então, eram alvo de intenso marketing das indústrias, e acabavam por prescrever indiscriminadamente as fórmulas a base de leite de vaca, fazendo com que os pediatras fossem elemento chave da chamada “cultura da mamadeira” (BOSI; MACHADO, 2005). Neste momento, a amamentação deixou de ser o foco da pediatria, já que os leites artificiais eram considerados equiparáveis ao LM, chamados de “leite maternizado”, e uma vanguarda científica (ALMEIDA, 1999). Além disso, o uso de fórmulas era de interesse das mulheres naquele período histórico.

Na década de 60, no contexto do pós-guerra com a urbanização e o crescimento da industrialização brasileira, houve expansão do trabalho da mulher fora de casa e dos movimentos sociais de cunho feminista, que difundiram entre as mulheres a opção por não amamentar como forma de autonomia. Num contexto de ganhos de espaço da mulher na sociedade brasileira, com a regulamentação do trabalho feminino e a fabricação das pílulas

anticoncepcionais, expandiu-se o uso dos leites artificiais e reduziu-se a prática do AM (GOMES *et al.*, 2016).

Os interesses comerciais pelo lucro voraz, fez esses produtos chegarem aos lugares mais remotos. A população era alimentada pelo intenso marketing que trazia imagens de bebês robustos e por promessas de facilitar a vida da mulher. Porém, pouco se falavam da necessidade de preparo com água potável, dos cuidados higiênicos no seu manuseio, ou da importância da adequada diluição, o que trouxe resultados catastróficos para diversas comunidades carentes ao redor do mundo, com aumento do número de crianças desnutridas e elevação da mortalidade infantil, denunciados na publicação do relatório “The Baby Killer”, escrito por Mike Muller para um veículo midiático, o *War on Want*, em 1974. Vale destacar, que em muitos países subdesenvolvidos, como no Brasil, havia programas governamentais de distribuição de leites artificiais, como parte dos programas caritativos dos países centrais (REA, 1990).

Até que nos anos 70, a OMS e a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promoveram uma reunião em Genebra para tomar medidas em prol da saúde infantil, que incluíam o apoio e incentivo ao AM - entre outras deliberações, esse evento regulamentou a propaganda de produtos que interferiam na amamentação. A partir daí, tem início uma corrente pró-amamentação, que reuniu desde militantes do movimento feminista aos profissionais da saúde. Percebeu-se que o LM era o melhor alimento para o bebê, embasado em estudos científicos (GOMES *et al.*, 2016).

Vêm à tona novamente discursos que defendem a naturalidade do ato de amamentar, a importância do elo emocional entre mãe e filho proporcionado pela amamentação, a superioridade do LM em relação a qualquer outro alimento, e o protagonismo da criança com a priorização de suas necessidades em detrimento das necessidades da mãe. Tudo isso bem aceito e propagado pelas principais organizações internacionais que atuam em prol do AM e também reproduzido no âmbito das políticas públicas mundo afora (KALIL, 2013).

Em 1981 o governo brasileiro lança o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que promove ações como divulgação de informações em veículos de massa, garantia de licença maternidade e paternidade, regulamentação da comercialização dos substitutos do LM e incentivo à implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (ALMEIDA, 1999).

A IHAC foi um programa proposto e defendido principalmente pela OMS e pelo UNICEF, para promover a adoção, pelos hospitais, dos “Dez passos para o incentivo do

aleitamento materno", a fim de tornar o AM uma prática universalmente adotada nas maternidades, para favorecer a saúde e o desenvolvimento dos bebês (MEYER, 2000). Os Dez Passos são recomendações que envolvem o período pré-natal, o atendimento à mãe e ao recém-nascido, ao longo do trabalho do parto e parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade.

Além das novas iniciativas, os antigos BLH foram reestruturados a partir de 1985, visando a melhoria da qualidade sanitária do leite doado, e sua transformação em uma unidade de promoção ao AM. Tornou-se então uma instituição sem fins lucrativos, tendo sido proibida a comercialização do LM a partir de então. As doadoras passaram a ser exclusivamente voluntárias, que aderiram ao programa de doação por uma questão de solidariedade e consciência social. Os BLH passaram ainda a desenvolver a capacitação de profissionais da rede básica de saúde, treinamentos macrorregionais para implementação de normas para comercialização dos “substitutos” do LM, desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao AM, e produção de material instrucional. Neste formato, os BLH se expandiram vigorosamente no Brasil, compondo a maior rede de BLH do mundo, com qualidade reconhecida internacionalmente, motivo de orgulho para o país (ALMEIDA, 1999).

O destaque da temática do AM em nível nacional e os constantes eventos para discutir esse tema resultaram na expansão dos conhecimentos desta área para além do fenômeno biológico. Nos diversos congressos, as discussões em torno das questões sociais da amamentação e da necessidade de trazer a mulher como protagonista da situação da amamentação foram se expandindo, e os profissionais buscando novos instrumentos e referenciais para melhorar sua maneira de atuar (ALMEIDA, 1999). Essa modificação de paradigma também foi gradualmente trazendo implicações nas políticas públicas do Brasil. Eram tempos de nascimento da nossa Constituição Cidadã e do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), e a temática da saúde como direito universal se popularizava. Entre os profissionais foi difundido o conceito de saúde, como bem-estar físico, mental e social, e a temática da humanização foi extensamente discutida na assistência (PEREZ; PASSONE, 2010).

No início dos anos 2000, considerando o grande número de nascimentos prematuros e de recém-nascidos com baixo peso, bem como da mortalidade infantil neonatal, o Ministério da Saúde (MS) lançou, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru. Esta proposta defendia claramente o protagonismo das famílias no cuidado aos recém-nascidos em condição de hospitalização, favorecendo o contato pele a pele com o bebê e liberdade de tempo de permanência dos pais ao lado do neonato. Ainda nesse período,

foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, para garantia do direito das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, assegurando a integralidade da assistência. Somente em 2008 foi estabelecida uma estratégia nacional para promoção, proteção e apoio ao AM, através da Rede Amamenta Brasil, que visava promover educação crítico-reflexiva dos profissionais de saúde da atenção básica, que foi aperfeiçoada pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, com inclusão da abordagem da alimentação complementar (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Mais recentemente, o governo federal lançou o Programa Empresa Cidadã (BRASIL, 2019), que, estimula a implementação de salas de apoio à amamentação no local de trabalho, disponibilização de creche próxima ao trabalho e ampliação da licença-maternidade para 6 meses, ações que visam apoiar o AM entre mulheres trabalhadoras. Apesar dos diversos esforços, o modelo assistencial hegemônico na prática dos profissionais de saúde ainda é predominantemente biomédico, hospitalocêntrico e curativista, perpetuando o distanciamento entre o saber científico e o saber popular (ARAÚJO *et al.*, 2014).

No Brasil, as prevalências de AM, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do ideal. Um estudo que elaborou série histórica das prevalências de amamentação no Brasil de 1986 a 2013 aponta crescimento desta prática até 2006 (prevalência de AME passou de 4,7% para 37,1%) e tendência a estagnação a partir deste ano até 2013(36,6%) (BOCCOLINI *et al.*, 2017) o que acende um sinal de alerta para que sejam revisitadas as políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao AM no Brasil.

Amamentar é um comportamento social, fortemente influenciado por fatores não médicos, como status socioeconômicos e apoio. Mulheres com menor escolaridade e renda, com condições precárias de trabalho, e sem acesso aos benefícios da licença maternidade prolongada são mais vulneráveis ao insucesso do AM. A condição pessoal e financeira das famílias pode envolver poucas oportunidades para visitar regularmente os bebês internados nas UTIN, no caso de hospitais que não as abrigue (HERICH *et al.*, 2016). As mulheres de baixa renda possuem metas do AM significativamente menos ambiciosas do que as de maior escolaridade (HOBAN *et al.*, 2015). As mulheres que, além de possuir baixa renda, são também negras, ofertam ainda menos LM aos seus filhos prematuros (MEIER *et al.*, 2017; CAMPBELL; MIRANDA, 2018).

Além disso as escolhas maternas em relação a forma de alimentação dos seus filhos também precisam ser consideradas. Algumas mulheres escolhem combinar o AM com o uso de

mamadeira, pois desejam compartilhar a experiência de alimentar seus bebês prematuros com seus companheiros(as) e avós, ou por causa do emprego ou dos compromissos escolares (HOBAN et al., 2015). O impacto do nascimento prematuro se estende ao relacionamento entre os pais. Em uma pesquisa, os pais de um bebê de muito baixo peso tiveram o dobro da taxa de divórcio ou separação em comparação com os pais de outros bebês nos 2 anos após o nascimento (KANTROWITZ-GORDON, 2013).

A sociedade não tem se aparelhado o suficiente para favorecer à mulher no exercício da amamentação. Apesar de a amamentação ser tema de interesse coletivo, é um fenômeno que envolve principalmente o corpo da mulher, e a sua rotina. Apesar disso, elas não são chamadas a opinar e a decidir nas políticas do AM. Considerando todos os conhecimentos já construídos até o momento em termos de saúde coletiva, não é plausível que o cenário da amamentação seja dominado pelo biologicismo, como se fosse possível sua separação da realidade histórica e cultural na qual está inserido. Faz-se necessário discutir-se as questões éticas envolvidas na relação entre o biológico e o social no contexto da amamentação (ALMEIDA, 1999).

3 OBJETIVO

Construir uma teoria substantiva do processo de lactação e aleitamento materno após parto prematuro, a partir da compreensão da experiência materna durante hospitalização do recém-nascido.

3.1 QUESTÕES NORTEADORAS

3.1.1 Como as puérperas experimentam e interpretam a lactação e o aleitamento materno após parto prematuro?

3.1.2 Quais as dificuldades para a manutenção da lactação e do aleitamento materno de RNPT durante a hospitalização?

3.1.3 Como as puérperas reagem às dificuldades para manter a lactação e a amamentação de RNPT durante a hospitalização?

4 METODOLOGIA

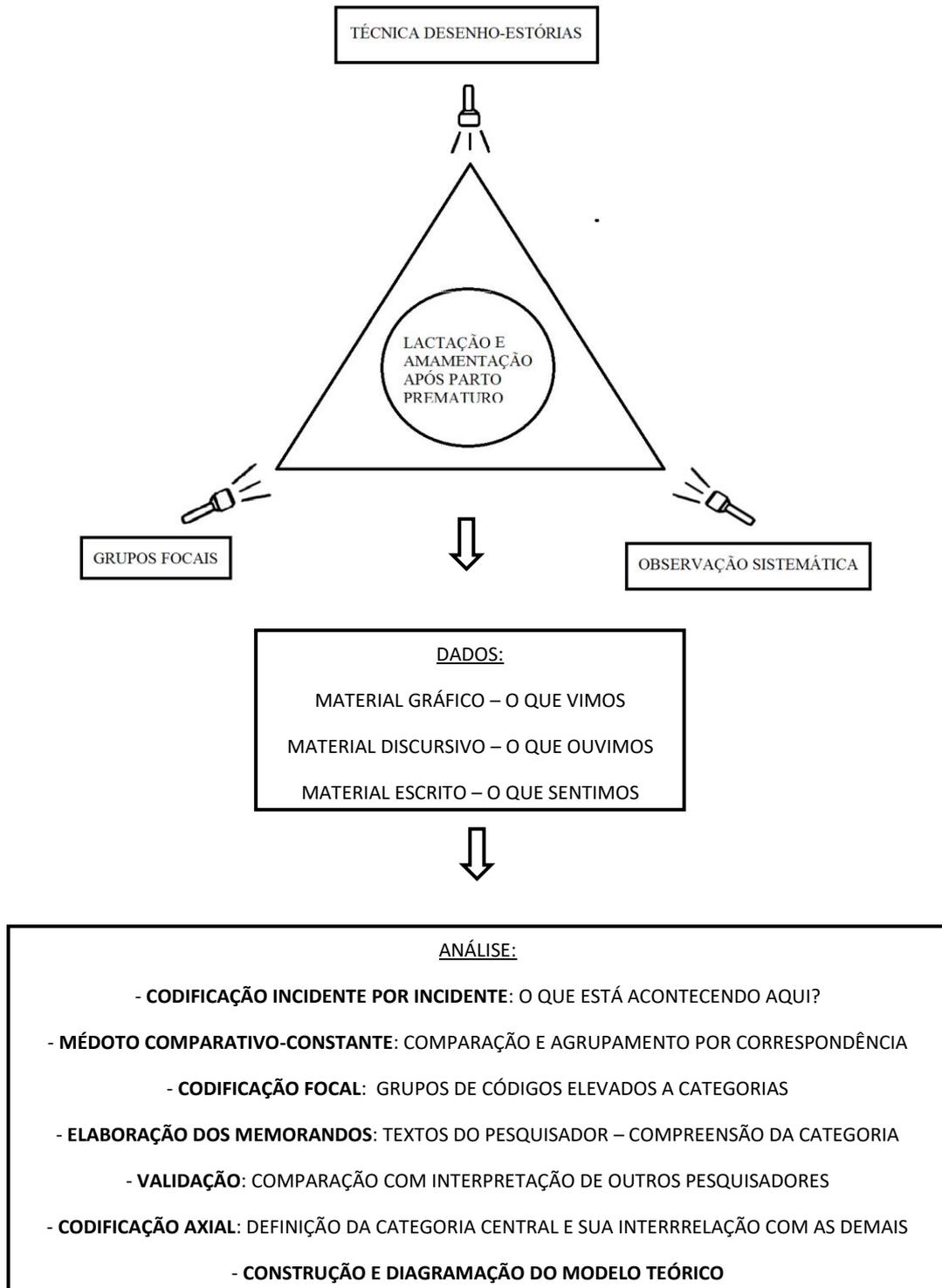
Construir uma teoria substantiva, que é objetivo deste estudo, consiste em conceituar o fenômeno em sua subjetividade, através de uma interpretação construída na relação com os participantes, considerando as experiências empíricas desses. Essa poderá gerar uma teoria formal potencialmente generalizável para contextos semelhantes, ponto em que emerge uma teoria formal; mas que somente se desenvolve após ser minuciosamente explorada em todas as suas possibilidades, e comparada com múltiplos estudos, de forma que suas especificidades possam ser evidenciadas (CHARMAZ, 2009).

Para fornecer um modelo teórico robusto, a abordagem metodológica deste estudo incluiu múltiplas perspectivas do fenômeno, utilizando grupos focais, desenhos-estórias e observação sistemática. O grupo focal é um método de coleta de dados qualitativos com capacidade de trazer uma variedade de opiniões, percepções, ideias e sentimentos sobre o problema em questão, além de representar um contexto da vida real, onde as pessoas influenciam e são influenciados. A sinergia entre os sujeitos envolvidos numa mesma situação pode fazer emergir novas ideias, que não surgiriam individualmente (MCQUARRIE; KRUEGER, 1989).

O presente estudo traz como inovação a utilização da técnica projetiva desenhos-estórias com mães de RNPT para abordagem do tema da amamentação. Oriundo da psicologia clínica, criado por Walter Trinca em 1976, este método reúne informações de técnicas temáticas e gráficas com o objetivo de apreender elementos que ampliem o conhecimento do fenômeno. Esta técnica torna-se muito pertinente no estudo da problemática da amamentação após parto prematuro, pois facilita a abordagem de questões tabus e fatos afetivos, estimulando a expressão sem censura, favorecendo o aparecimento de material pessoal significativo, e o acesso à subjetividade dos sujeitos. A técnica desenho-estória foi validada em estudos de representações sociais (COUTINHO, 2001).

Os procedimentos metodológicos adotados nessa pesquisa podem ser observados na Figura 3.

Figura 3: Desenho metodológico do presente estudo.



4.1 ESTRUTURA INTERPRETATIVA: SOCIOCONSTRUTIVISMO

O termo ‘construtivismo’ tem origem no verbo em latim *struere*, que significa organizar, dar estrutura, demandando a existência de um sujeito que organiza esta estrutura. As origens das suas proposições estão presentes na obra de Immanuel Kant, que foi o primeiro a inverter a relação entre sujeito e objeto. Até então, pensava-se que o objeto determinava seu conhecimento pelo sujeito. Foi Kant quem introduziu a ideia de que o conhecimento é uma organização ativa do sujeito a partir de fragmentos de informações experimentadas pelos sentidos. Sendo assim, os sujeitos constroem suas representações dos objetos, e não recebe passivamente as impressões dele (Kant, 2001 apud CASTAÑON, 2009).

Apesar de a ideia original ser anterior, a denominação “construtivismo” foi introduzida por Jean Piaget, no século XX, em sua obra *Logique et connaissance scientifique*. A diferença principal do construtivismo piagetiano para o construtivismo kantiano é que para Piaget, nós construímos também as próprias estruturas da mente através das quais posteriormente construiremos as representações dos objetos, mas isso se dá mediante nossa relação com os objetos. Para Piaget, o processo de construção do conhecimento se dá pela assimilação e acomodação: a assimilação ocorre na exposição a uma experiência nova que não se adequa aos esquemas prévios; quando isso se repete, há uma tendência de modificação do esquema para acomodar-se à nova informação (VON GLASERSFELD, 1998). Sendo assim, sujeito e ambiente têm papel na construção do conhecimento e a informação que vem do ambiente se revela independente da vontade e das crenças dos sujeitos.

Modernamente, estes conceitos foram sendo reinterpretados de maneiras diversas. Este estudo adota a estrutura interpretativa do Socioconstrutivismo, de Lev Vygotsky, que se diferencia pela valorização do papel das estruturas culturais, institucionais e históricas para a construção do conhecimento humano. Esta abordagem rejeita a noção de que o indivíduo se basta na sua relação com o objeto para construir sua realidade, assumindo que o conhecimento é uma construção social (VYGOTSKY, 1984).

O objeto da pesquisa socioconstrutivista é a ação humana, que pode ser conduzida por grupos ou indivíduos. Esta ação é transformada para gerar processos internos, ocorrendo a interiorização. Sendo assim, Vygotsky acredita que é na interação com os outros sujeitos, que acontece o desenvolvimento social de um indivíduo, nas suas funções psicológicas superiores através da aquisição dos sistemas e estratégias de mediação-representação existentes na

sociedade. Sendo assim, os membros de um grupo passam a compartilhar uma compreensão de circunstâncias específicas da vida (WERTSCH, 1998).

A construção de significados sociais, portanto, envolve intersubjetividade. Intersubjetividade é definida como um entendimento mútuo entre indivíduos cuja interação é baseada em interesses comuns, combinação de ideias sobre o mundo, e linguagem social que formam a base para essa comunicação. Os significados sociais e os conhecimentos são moldados e evoluem através da negociação dentro dos grupos comunicantes, o que envolve conflito, produção permanente, diferenças, semelhanças e tensões, isto é, um mundo de significações (ROGOFF, 1990).

Vygotsky nem reduz o ser humano às determinações sociais, nem desconsidera as suas características orgânicas e individuais. Enfatiza que o homem, em sua constituição natural, é, além de ser biológico, também histórico-cultural. Consegue superar a dicotomia entre o individual e o social, e entre o sujeito abstrato e o empírico ao valorizar a dialética, que faz o sujeito adquirir singularidade na relação com o outro e em relação ao outro (MOLON, 2003).

Em resumo, destacam-se os conceitos principais do Socioconstrutivismo adotado neste estudo:

- A realidade tem existência objetiva, mas a mente humana, em interação com membros de uma sociedade, constrói suas representações dessa realidade, não sendo capaz de precisar seu retrato fiel.
- O conhecimento é um produto humano construído socioculturalmente, através das interações entre si e com o ambiente.
- A aprendizagem não ocorre apenas dentro de um indivíduo, nem é tão somente moldada por forças sociais, externas a ele. Mas um combinado entre esses dois processos.

4.2 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

O campo de estudo e as relações entre as pessoas envolvidas nos projetos de pesquisa, que incluem os participantes, os pesquisadores e os trabalhadores dos campos são capazes de nos conduzir a lugares nunca antes imaginados. Ao entrar neste mestrado, não fazia ideia que realizaria o tipo de estudo que realizei. Nosso grupo de pesquisa dedicou-se prioritariamente a um ensaio clínico sobre Colostroterapia, no qual também estive envolvida. E foi a dedicação e

sensibilidade dos membros deste grupo que fez com que enxergássemos a necessidade de um outro projeto, com pressupostos e métodos completamente diferentes do ensaio clínico. Opostos para alguns. Complementares para mim.

Entendemos que precisávamos construir algo, pensado como instrumento educativo, que favorecesse a lactação após parto prematuro, de forma a garantir a execução da Colostroterapia. Dediquei-me então ao estudo das formas cientificamente embasadas de produzir instrumentos educativos, e construí o projeto da minha qualificação, que se intitulava “Construção e validação de tecnologia educativa para favorecer a lactogênese após parto prematuro”, um estudo definido como metodológico.

Este formato final de pesquisa que hoje apresento, foi então reconstruído pela equipe de pesquisa e banca no dia da qualificação do projeto. Entendemos então que era necessário compreender profundamente o fenômeno da amamentação após parto prematuro, sobretudo sob o olhar das lactantes, que eram muito mais do que sujeitos receptores do pretendido instrumento educativo final, mas verdadeiros participantes deste, considerando a lacuna existente na literatura científica. Então, este estudo é parte do projeto supracitado, que pretende culminar com a estratégia educativa.

De ensaio clínico, passando por estudo metodológico, chegamos à pesquisa qualitativa. Como são ricas as possibilidades de produção de conhecimento! E como elas se relacionam, conversam e enriquecem umas às outras!

Foi assim que esta pesquisa chegou aqui: uma pesquisa qualitativa interpretativa, de natureza exploratória, que adota a abordagem de pesquisa da Teoria Fundamentada, segundo diretrizes metodológicas de Kathy Charmaz (2009).

A pesquisa de Teoria Fundamentada possui um método que, além de reunir dados para elaboração com formação de categorias teóricas, comum a outros estudos qualitativos, avança para a construção de um modelo teórico que as relaciona, constituindo-se um estudo interpretativo. Ela é capaz de gerar diagramas de interrelações dentro do fenômeno de interesse, abordando: o que ocorre nos ambientes de pesquisa estudados, como os participantes vivenciam o fenômeno estudado e como eles explicam suas ideias e ações, permitindo construção de hipóteses de ação para resolução das dificuldades evidenciadas no processo, sendo, portanto, o método mais adequado para alcance do objetivo deste estudo, e do projeto educativo ao qual ele está associado.

Segundo seus criadores Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss (1967), as principais características de um estudo de teoria fundamentada são:

- Envolvimento simultâneo de coleta e análise dos dados.
- Construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados.
- Utilização do método comparativo-constante.
- Construção da teoria durante as etapas de coleta.
- Redação de memorandos para elaboração das categorias, especificando suas propriedades, relações e lacunas.
- Amostragem dirigida à construção da teoria, não visando a representatividade populacional.
- Realização de revisão bibliográfica após finalização da análise.

Mas esses autores divergiram posteriormente, gerando diferentes versões do método. Glaser se manteve fiel ao método original, enquanto que Strauss desenvolveu, juntamente com Corbin, na década de 90, novos procedimentos técnicos, que, ao invés de métodos comparativos, classificavam os dados em categorias preconcebidas.

A seguir, Kathy Charmaz, tendo sido aluna de Glaser, une-se a Antony Bryan e Adele Clarke e utiliza as diretrizes básicas da teoria fundamentada, acrescentaram pressupostos e abordagens do século XXI, como o Socioconstrutivismo. Para Charmaz, nem os dados nem as teorias são descobertos, mas construídos, a partir do envolvimento dos pesquisadores com as pessoas, as perspectivas e as práticas. A sua abordagem também flexibiliza a realização da revisão bibliográfica, podendo esta ser realizada a qualquer tempo, desde que o pesquisador tome consciência dos seus conhecimentos prévios e aplique as diversas estratégias de controle de qualidade dos estudos qualitativos para evitar a contaminação dos dados (CHARMAZ, 2009).

4.3 OS AMBIENTES DA PESQUISA

Este estudo foi conduzido em Feira de Santana, uma cidade de médio porte do Nordeste do Brasil, minha cidade natal, e também onde está sediada a Universidade ao qual este trabalho está vinculado, e seus principais campos de pesquisa e extensão, assim como o Núcleo de Pesquisa e Extensão (NUPES), de onde parte essa pesquisa. Este município é situado na região norte da Bahia, entre o recôncavo e o semiárido nordestino, que compõe o polígono

das secas. Segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui população total em torno de 556.642 habitantes, tem 38,7% da população com renda mensal per capita menor que 145 dólares, IDH 0,712, mortalidade infantil de 17,59 óbitos por mil nascidos vivos e apenas 59,7% de sua população tem acesso a adequado esgotamento sanitário.

Esse município foi habilitado para a Gestão plena do sistema municipal de saúde em 2004, possui 148 estabelecimentos de saúde, sendo 2 hospitais-maternidades com UTIN, e dois BLH, que fazem parte do SUS, e ambos forma incluídos neste estudo.

O Hospital Estadual da Criança (HEC) foi a instituição onde trabalhei como nutricionista, e onde tive meu primeiro contato com crianças e mães experienciando o AM em ambiente hospitalar. Porém, foi no Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS), campo de outras pesquisas deste núcleo, onde as provocações das vivências especificamente com prematuros e suas mães fizeram surgir a proposta desta pesquisa. No momento do estudo, meu único vínculo com as instituições pesquisadas foi como pesquisadora, mas as relações prévias com ambas foram fundamentais para facilitar a aproximação, apoio à proposta e facilidade também na circulação por estes espaços, contando com a relação de confiança com os colaboradores dos hospitais, fundamental para o bom encaminhamento desta pesquisa. Quanto aos participantes incluídos, não havia vínculo nem história prévia de assistência a nenhum deles.

4.3.1 Hospital Inácia Pinto dos Santos

O Hospital Inácia Pinto dos Santos é uma instituição de médio porte, popularmente conhecido como Hospital da Mulher, e foi inaugurado em 1992. Fica localizado Rua Barra, n. 705, no bairro Jardim Cruzeiro, Feira de Santana - BA, 44015-430, e é gerido pela Fundação Hospitalar de Feira de Santana, instituição sem fins lucrativos, com administração indireta da Rede Municipal. Assim, atende de forma gratuita à demanda de Feira de Santana e outros 88 municípios pactuados. O HIPS alia-se a algumas instituições de ensino superior de Feira de Santana e região para dar suporte às atividades de ensino e pesquisa.

As mulheres atendidas neste hospital são, em sua maioria, jovens, procedentes de Feira de Santana ou cidades próximas, de raça/cor pretas ou pardas, baixa renda e pouca escolaridade. Em relação à assistência à saúde, a maioria desta população realiza pré-natal da rede básica de saúde do município.

Este hospital oferece serviços à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido. Os atendimentos são realizados via demanda espontânea ou referenciada, sendo eles:

ambulatorial, internação, urgência, obstetrícia, cirurgia geral especializada, neonatologia, pediatria clínica, dentre outros. A unidade conta com ambulatório, laboratório, consultório de atendimento médico, sala de acolhimento, sala de observação, Centro Obstétrico, enfermarias, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, alojamento Método Canguru, Casa da Puérpera, BLH, e outros setores comuns a uma unidade hospitalar.

O fluxo de atendimento à parturização no hospital começa com a triagem e classificação de risco na sala de atendimento, sendo uma das prioridades as mulheres cuja ameaça de prematuridade é eminente. As gestantes são encaminhadas para o Centro Obstétrico, onde dispõem de duas salas de cesárea, quatro salas de pré-parto, parto e pós-parto com dois leitos cada, e uma sala de curetagem com nove leitos, onde recebem assistência de profissionais de Enfermagem e Medicina. Após o parto, prioriza-se o contato pele a pele, o AM na primeira hora de vida, clampeamento do cordão umbilical no momento oportuno. Porém, se o recém-nascido for prematuro ou apresentar alguma complicação este recebe os primeiros cuidados na Sala de Cuidados, onde se faz os procedimentos padronizados e avaliação do quadro clínico.

Após o parto, as puérperas permanecem no centro obstétrico entre duas a cinco horas, e depois são encaminhadas para uma das três enfermarias que o hospital possui: A, destinada ao atendimento de gestantes com algum tipo de complicação gestacional, onde podem se alojar oito puérperas e RNPT, devido à falta de vagas em outras unidades; B, designada ao atendimento de 28 pacientes após puerpério cirúrgico e curetagem uterina; C, que tem capacidade para atender 28 pacientes de puerpério normal; ou D, reservada para 14 pacientes de puerpério normal e pós-curetagem com quadro estável. Elas permanecem internadas por 24 horas se for parto normal e 48 horas se parto cesáreo, quando elas e os bebês recebem a alta hospitalar.

Já os recém-nascidos que necessitam de cuidados mais complexos, sobretudo os prematuros, vão para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), que contém sete leitos, ou para a UTIN, com nove leitos. As unidades são compostas por equipe multiprofissional que atende por solicitação, através das especialidades Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia, Neonatologia, Enfermagem e Medicina Especializada. O espaço fica aberto para a visita de acompanhantes durante uma hora, e para as mães 24 horas por dia, onde podem ficar com os bebês, fazer a ordenha manual e alimentá-los via SOG ou amamentá-los direto no seio, dependendo da situação clínica.

As mães desses RNPT podem se alojar na Casa da Puérpera durante a estadia do bebê na UCI ou na UTIN, e têm acesso livre a esses espaços nas 24h. Quando os RNPT clinicamente

estáveis são liberados das unidades intensivas, eles precisam ganhar peso, visto que só recebem alta após atingir 1.850 gramas, então o hospital oferece a Unidade Cuidados Intermediários o Alojamento Conjunto Método Canguru, que comporta até 14 díades. Para os cuidados em saúde, ambos os espaços possuem um posto de enfermagem e profissionais de saúde disponíveis sempre que há necessidade.

A casa da puérpera e o Alojamento Canguru supracitados simulam o ambiente de uma casa, por isso, possuem cozinha com fogão e geladeira, uma sala com sofá e televisão, toalha estampada na mesa e flores artificiais para decorar, pia em área de serviço onde podem lavar as roupas e solário, camas para dormir, além das enfermarias, a fim de prezar pelo conforto das mulheres e bebês e melhor prepará-las para a alta hospitalar. Assim, essas mães convivem nesse ambiente e podem trocar experiência entre si, se identificarem com outras que passam pela mesma situação para suporte emocional. Além disso, os profissionais que compõem os espaços servem como rede de apoio e incentivam o AM, conversando com as mães sobre a sua importância e dando orientações, conforme as entrevistas realizadas com funcionários.

Para a assistência à amamentação, o BLH coleta LM das mães internadas e daquelas externas que desejam fazer a doação. Além disso, o setor proporciona a estimulação das mamas e a ordenha mecânica e manual duas vezes por dia, em média, para as mães cujos bebês estão internados na UCI ou na UTIN, cuja amamentação direta no seio materno é impossibilitada. O LM em excesso é pasteurizado e armazenado para o uso posterior. O BLH realiza atividades educativas as puérperas 24 horas após o parto, para estimular o AM o mais precoce possível. O espaço também serve para acolhimento dessas mães pelos profissionais de saúde, a fim de compartilhar experiência e dar suporte emocional com relação às dificuldades da amamentação. O AM é prioridade neste hospital, na medida em que possui o título de Hospital Amigo da Criança, concedido pela UNICEF desde 1995.

4.3.2 Hospital Estadual da Criança

O Hospital Estadual da Criança é o maior hospital pediátrico da região e foi inaugurado em 2010. Ele atende a média e alta complexidade do SUS. Localiza-se na Avenida Eduardo Fróes da Mota, s/n, no bairro Brasília em Feira de Santana - BA, 44089-340 e é administrado pela Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil (LABCMI). O HEC também colabora com instituições de ensino superior de Feira de Santana e região para a realização de atividades de ensino e pesquisa.

As puérperas atendidas neste hospital são procedentes tanto das regiões circunvizinhas da cidade de Feira de Santana, como de cidades mais distantes do estado da Bahia, possuem baixa renda, mas a escolaridade muito variável, desde ensino fundamental incompleto até superior completo e raça/cor predominante de pretas e pardas. Essas mulheres, em geral, são também assistidas no período pré-natal na rede pública de saúde da cidade de origem.

O hospital atende crianças de zero a dezoito anos incompletos a partir de serviços ambulatoriais e internação com as especialidades médicas: Urologia, Pneumologia, Cardiologia, Ortopediatria e Traumatologia, Neurologia, Nefrologia, Infectologia, Cirurgia Pediátrica, Oncologia e outras. Além disso, o hospital possui uma maternidade referência em partos de alto risco, onde proporciona a parturização e cuidados de recém-nascidos, gestantes e puérperas desde 2017. A unidade conta com o trabalho de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Farmácia e Assistência Social para o atendimento em seus 240 leitos de internação e 31 leitos de emergência.

A maioria das mulheres que chegam ao hospital são referenciadas pelo Sistema Único de Saúde, pois apresentam gestação de alto risco. Parte delas vai para o Centro Obstétrico para a realização do parto, seja cesariano ou normal. Outras permanecem internadas por questões clínicas até o momento do parto na Enfermaria Obstétrica Cirúrgica, que possui 28 leitos para gestantes e puérperas internadas. Lá, as mulheres são cuidadas por uma equipe multiprofissional, e especialidades, quando necessário.

Devido à prematuridade e às complicações clínicas, os RNPT podem necessitar de cuidados intensivos, que são ofertados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. O setor é dividido em dois, comportando ao todo 20 bebês. Os cuidados em saúde são ofertados por uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico neonatologista, além de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos ou outras especialidades quando necessário.

Além dos equipamentos de alta complexidade e incubadoras, cada leito possui uma poltrona hospitalar reclinável para a genitora do bebê, que tem acesso livre ao espaço 24 horas por dia, e uma cortina que pode fechar completamente o leito. Lá, essas mães permanecem junto ao filho e podem fazer a ordenha a beira leito, como recomendado pelo MS, observar todos os cuidados do bebê, e é também onde dormem. As incubadoras possuem duas aberturas onde as genitoras colocam as mãos para tocar seu bebê.

Além do ambiente da UTIN, tais mulheres dispõem de uma sala de convivência, que possui algumas cadeiras típicas de salas de espera e armário para pertences pessoais. Nessa

pequena sala elas podem socializar umas com as outras e também com visitantes. Todos os ambientes e móveis são típicos de hospital, sem qualquer semelhança com ambientes domésticos. Para a realização das refeições, as genitoras se deslocam para outro piso, onde se situa o refeitório do hospital.

Quando as crianças têm alta da UTIN, elas são encaminhadas a outro setor, a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), que comporta dez bebês. A UCINCo possui ambiente semelhante à UTIN, e é operacionalizada através do trabalho de enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Assim como no setor supracitado, as mães têm livre acesso aos bebês, podem permanecer na unidade e fazer a ordenha a beira leito. As genitoras também dispõem de uma sala de convivência, semelhante à das UTIN.

Para os bebês clinicamente estáveis, na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) o hospital proporciona o alojamento conjunto de mães e bebês a partir do Método Canguru. A UCINCa comporta dez mães e bebês com o objetivo de ganho de peso e estabelecimento da amamentação. Este ambiente possui cama para as lactantes, além do berço dos bebês. Cada leito é separado por biombos. A unidade permanece aberta diariamente por uma hora para a visita dos genitores dos bebês, e de forma espaçada durante a semana para outros visitantes. A sala de convivência da UCINCa possui uma mesa redonda, onde elas podem realizar as refeições e também atividades de lazer com papel, lápis de cor e outros materiais; também há uma televisão. Para a lavagem de roupas, elas utilizam uma pequena pia convencional e colocam em varais de chão, pois não há solário.

Neste hospital, as mães e os bebês ainda desfrutam do serviço do BLH, instalado no prédio do HEC em 28 de outubro de 2018. O BLH recebe a doação de LM de mães internas e pode também receber das doadoras externas, embora tenha dificuldade de captar as últimas devido a impossibilidade de fazer campanhas externas para a doação, por protocolo interno vigente no momento da pesquisa. O BLH prioriza os prematuros com peso abaixo de 1.500 gramas e outros casos graves da UTIN, UCINCo, UCINCa e Enfermaria Obstétrica Cirúrgica. O setor também estimula a produção de LM de puérperas encaminhadas pela equipe de enfermagem, através de massagens e ordenha mecânica, mas as visitas ao leito para orientação são poucas, e as atividades educativas para coletivos ainda não acontecem.

4.4 OS PARTICIPANTES

Foram elegíveis para participar deste estudo todas as mulheres no período do puerpério que tivessem vivenciado um parto prematuro e que estivessem com os RNPT (nascidos antes das 37 semanas de gestação) internados em um dos dois hospitais incluídos entre os meses de novembro de 2019 e fevereiro de 2020. Antes do convite, verificou-se os critérios de exclusão nos prontuários, que foram: mães contraindicadas para amamentar - presença de retrovíruses, citomegalovírus, abuso de substâncias psicoativas e presença de desordem psicológica. No decorrer do estudo, definimos mais um critério para exclusão: identidade de gênero diferente do feminino, considerando que estes participantes exigem uma análise em separado dos demais incluídos, pois a homogeneidade da população estudada é fundamental para a consistência do modelo teórico construído.

Optamos por não limitar faixa etária para os participantes, considerando que o fenômeno da prematuridade atinge principalmente as mulheres nos dois extremos de idade reprodutiva, no início e no final, e as experiências de amamentação na condição de “mães prematuras” traz questões fisiológicas e psicológicas que representam as semelhanças fundamentais para este estudo. Diferente da questão de gênero supracitada.

Diante disso, podemos definir que a amostragem deste estudo foi intencional, avaliando-se o grupo de pessoas que possuíam as características gênero feminino, condição de puerpério, experiência de parto prematuro e RNPT internado nos hospitais incluídos, por entender que esses são os sujeitos que podem melhor informar o pesquisador sobre o fenômeno estudado nesta pesquisa. A quantidade de participantes incluídos foi definida por saturação teórica, ou seja, constatou-se a saturação quando a coleta de dados novos não mais despertou novos insights teóricos, nem revelou propriedades novas das categorias teóricas centrais. Dessa forma, a amostra foi definida gradualmente: após organização e interpretação dos dados de cada coleta, definia-se se havia a necessidade de buscar mais participantes para completar a teoria. Obteve-se a saturação no sétimo grupo focal.

Para conhecer as características socioeconômicas e de saúde das participantes, foi utilizado questionário estruturado, APÊNDICE A.

4.5 OS PROCEDIMENTOS

A seguir, os procedimentos realizados para obtenção dos dados e construção dos resultados dessa pesquisa.

4.5.1 Proposição da pesquisa

A primeira aproximação aos campos com fins desta pesquisa foi realizada por contato telefônico, onde busquei informações sobre os procedimentos institucionais para participação em pesquisa, quando me foi informado que seria necessário elaborar um ofício solicitando a cada um dos hospitais autorização para a pesquisa, acompanhado de uma cópia do projeto. Foi no início do mês de julho de 2019 que fi-lo. Entregues os ajustes sugeridos no projeto, recebi as autorizações de ambas as instituições (ANEXO A).

Após isso, retornei o contato com os hospitais já com o parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, em outubro. Neste momento aproveitei para organizar com as coordenações da educação permanente as datas e locais para o início da coleta. Os dois hospitais disponibilizaram sala de reunião ou auditório, a depender da disponibilidade dos mesmos, para a execução da pesquisa. As datas e os horários foram programados conforme disponibilidade.

Fui então contatar os colaboradores dos hospitais, especialmente os coordenadores das UTIN, alojamentos conjuntos e casa da puérpera. Apresentei-me a eles e também aos demais colaboradores dos espaços, expus a proposta da pesquisa, e recebi dos mesmos, palavras de incentivo e reconhecimento da relevância, o que me motivou ainda mais. Colhi dos mesmos também, informações sobre a rotina da população elegível, para definir o melhor horário para convidar as puérperas e realizar a coleta. Tudo combinado com os campos, era hora de lançar mão dos instrumentos.

4.5.2 Os instrumentos

Em um estudo de Teoria Fundamentada, os dados são construídos por meio de observações, interações ou outros instrumentos que sejam capazes de trazer mais informação sobre o tema de interesse. É necessário prestar atenção ao que vemos, ouvimos e sentimos.

Abordar o tema da amamentação com mulheres que estão atravessando um momento muito difícil da maternidade parecia-me um grande desafio. Desafio pessoal, considerando a

grande comoção que o tema provoca em mim e a necessidade de conduzir a coleta com o equilíbrio emocional necessário; bem como um desafio enquanto pesquisador em formação, de escolher os instrumentos adequados para abordar os participantes e deixá-los à vontade o suficiente para tratar deste tema doloroso.

OS GRUPOS FOCAIS

Os métodos escolhidos para essa pesquisa deveriam expandir a nossa perspectiva sobre o tema estudado, ao nos mostrá-lo como os participantes da pesquisa o veem, a partir de uma perspectiva pessoal. E ao adotar o pressuposto filosófico vigotskiano, foi mandatário utilizar um instrumento de coleta que permitisse a relação entre os participantes para a construção do conhecimento sobre aquela realidade que experienciavam. Aqueles sujeitos que compartilhavam de aspectos socioeconômicos, culturais, institucionais e históricos semelhantes precisariam compartilhar sua compreensão sobre as circunstâncias vividas para a construção do significado coletivo da experiência de amamentação na hospitalização, no exercício da intersubjetividade.

Diante disso, escolhemos o grupo focal como uma das técnicas de coleta deste trabalho. Grupos focais são reuniões entre pessoas para tratar de um tema específico, onde é necessário controle sobre o seu tamanho (varia com autores: 3 a 10), composição (similaridade entre sujeitos) e procedimentos (moderação por profissional preparado a fim de incentivar a participação e manter a discussão dentro dos objetivos do grupo) (MCQUARRIE; KRUEGER, 1989).

Além disso, como pretendíamos tratar do processo de amamentação, precisávamos definir sequências temporalmente organizadas com início e fim, e marcas de referência, que modificam esse processo. Nessa perspectiva, consideramos que as participantes desta pesquisa vivenciavam dois momentos principais durante o internamento de seus filhos prematuros: o primeiro, quando os RNPT estão na UTIN, e o segundo, quando estão em alojamento conjunto, no chamado método Canguru. No primeiro momento, sem ter os filhos nos braços e sem colocá-los ao seio, teríamos experiências diferentes daquelas que já os podiam amamentar. Daí, decidimos realizar a coleta separando esses dois grupos.

Mas estávamos preocupados com a disposição das participantes em abordar temas pessoais em um grupo de pessoas. Recebemos então a sugestão de uma das professoras

colaboradoras deste projeto, de adotar a técnica projetiva dos desenhos-estórias, que facilitaria a abordagem do tema.

Quando estão em grupo, e falando para profissionais de saúde, os sujeitos podem adotar atitudes defensivas, e dar respostas segundo o que pensam ser mais socialmente aceito ou correto para o profissional da saúde. As técnicas projetivas favorecem a investigação no âmbito do inconsciente, ao oferecer liberdade aos sujeitos e o lúdico como forma de comunicação. O uso de dados visuais ou gráficos favorece a revelação das representações dos indivíduos, identificação de seus conflitos, de seus desejos e suas reais reações no meio social (RIVEMALES, RODRIGUES, PAIVA, 2010). Então resolvemos iniciar os grupos focais com esta técnica. Roteiro do grupo focal em APÊNDICE B.

TÉCNICA DE DESENHO-ESTÓRIAS COM TEMA

A técnica de desenho-estória consiste em estimular os participantes a desenhar livremente sobre algo que esteja relacionado ao objeto da investigação e, em seguida desenvolver uma estória sobre aquilo que desenhou (COUTINHO, 2001).

A técnica completa consiste em duas etapas: na primeira, o participante recebe uma folha em branco, para desenhar o que desejar, permanecendo o pesquisador em silêncio, observando. Esta etapa objetiva aproximar o participante dos materiais (lápiz e papel), para que o mesmo se sinta mais à vontade para a etapa seguinte, quando a proposta do desenho é direcionada ao tema apontado pelo pesquisador.

Para esta pesquisa, o pesquisador apontou o tema utilizando a seguinte provocação: “Nessa folha em branco, desenhe o que vem à sua mente quando falo em amamentar um recém-nascido prematuro”. E após a finalização do desenho, foi feita a segunda provocação: “Olhe para o seu desenho, e conte-nos ou escreva uma estória que tenha começo, meio e fim”. Por fim, foi solicitado que elegessem um título para o seu desenho e estória. As histórias que não foram escritas, foram transcritas pelo pesquisador a seguir.

O JOGO DO RABISCO

Para esta pesquisa, considerando o objetivo de interação do grupo, optou-se por realizar a etapa inicial da técnica desenho-estória com um desenho coletivo, através do jogo do rabisco.

Como o objetivo é apenas a aproximação com os materiais, e este material não tem aproveitamento para a análise, não interfere na validade do instrumento.

O Jogo do Rabisco foi uma técnica desenvolvida por Claire Winnicott, como uma forma de comunicação, ou um meio de entrar em contato com a pessoa com quem se joga, e foi instrumento utilizado por ela para psicoterapia em paciente infantil. Consiste em uma interação entre os jogadores, onde o moderador faz um rabisco, sem forma acabada, e convida o outro para que complete o desenho; este, ao se sentir provocado, daria uma forma àquela garatuja, que teria relação com sua subjetividade (MAZZOLINI, 2007).

Neste estudo, o pesquisador foi o moderador, realizando um rabisco em um cartaz e cada uma das participantes do grupo pôde completá-lo. Nesta interação com os participantes, o pesquisador pretendeu estabelecer uma relação de horizontalidade com os participantes, buscando não ser visto como alguém que está para avaliá-los ou julgá-los; facilitar a relação deles entre si, além de aproximá-los dos materiais que seriam utilizados a seguir, na etapa dois da técnica desenho-estória, com a provocação específica para realização do segundo desenho, que foi utilizado para a análise.

AS QUESTÕES PROVOCADORAS

Após a realização da técnica desenho-estória, os grupos subsequentes foram realizados a partir de questões provocadoras, algumas previamente pensadas, e outras que surgiram das análises dos grupos anteriores, até saturação teórica. As conversas foram orientadas para o exame detalhado do tópico. Foram utilizadas questões amplas, não valorativas, para propiciar a reflexão sobre a experiência vivenciada de uma maneira diferenciada. O pesquisador participou ouvindo com sensibilidade, estimulando a participação, e o aprofundamento dos tópicos de interesse, bem como reconduzindo as conversas quando os temas escapavam do tema objeto deste estudo.

Foram utilizadas como questões provocadoras:

- Como é para vocês a experiência de ter um filho recém-nascido em uma UTIN?
- Como os filhos de vocês estão sendo alimentados?
- O que vocês acham mais difícil para o estabelecimento da amamentação nesta hospitalização?

- O que tem lhes dado mais força para enfrentar essas dificuldades (relativas à amamentação)?
- Como vocês pensam que será a alimentação do seu filho depois da alta hospitalar?
- Vocês se sentem seguras para cuidar e alimentar os bebês após a alta? Porque sim/não?
- O que vocês acham que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das mães de prematuros internados em UTIN?
- Existe algo mais que vocês gostariam de falar sobre a amamentação depois de parto prematuro?

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA COM PARTICIPAÇÃO PERIFÉRICA

Observações consistem em olhar atentamente os “momentos da vida cotidiana” de interesse para a pesquisa e registrá-los sistematicamente; assim geram relatos ricamente detalhados das situações, que não poderiam ser obtidos apenas por entrevistas. Essas observações podem ainda trazer profundos esclarecimentos sobre as práticas, os eventos e os processos sociais (LANKSHEAR, KNOBEL, 2008).

A observação sistemática é observação direta, ou seja, registrada no momento em que ocorrem as situações; e é estruturada, ou seja, detalhadamente planejada previamente, direcionando o pesquisador aos aspectos de interesse para sua pesquisa. Neste estudo, a observação foi com participação periférica, pois não seria possível a realização da observação sem que o pesquisador fosse notado no ambiente, pois tínhamos o compromisso ético de informar às pessoas que elas estavam sendo observadas; mas o pesquisador permaneceu sem interagir com o ambiente ou as pessoas observadas.

O roteiro de observação sistemática incluiu a descrição do ambiente das UTIN, descrevendo o espaço, o objeto, o ato, a atividade, o tempo, os atores, e as sensações. A observação foi finalizada quando se tornou redundante. O roteiro de observação continha os seguintes tópicos:

- Sobre o ambiente: disposição dos objetos; temperatura; cheiros; rotinas; sons e ciclo luz-escuro.
- Sobre o bebê prematuro: descrição física do bebê: reservas de tecido, características da pele, proporções do corpo, lesões; descrição da incubadora e dos equipamentos e objetos conectados a ele; e seu comportamento.

- Sobre a relação mãe-bebê: se há visita da mãe ao leito do bebê; se a mãe toca o bebê; as expressões faciais da mãe ao ver o bebê; se a mãe pega o bebê ao colo; se a mãe coloca o bebê ao seio; tempo de permanência da mãe ao lado do bebê.
- Sobre a relação profissional de saúde x mãe: Como o profissional se dirige à mãe? O que é dito sobre amamentação? A mãe é encorajada a realizar ordenha beira-leito? A mãe é estimulada a ordenhar para manter a lactação? A mãe é encorajada a colocar o bebê para sugar o seio? A mãe é estimulada a realizar a posição canguru?

4.5.3 A coleta

Antes do início da coleta, as pesquisadoras prepararam o auditório onde ocorreria o primeiro grupo focal, com uma mesa, sobre a qual havia cartolinas, folhas de ofício, e lápis coloridos, e cadeiras em volta para acomodar as participantes. Em uma cadeira a parte, participaria da coleta uma psicóloga, que estaria a disposição para a assistência às puérperas, caso fosse necessário. Havia também a observação direta para registro dos acontecimentos que não pudessem ser registrados no gravador digital de voz Coby CXR190-4G que utilizamos. A observação foi realizada por um dos pesquisadores ou por estudantes treinados. Sala preparada, partia em busca das participantes.

No HIPS, as puérperas foram abordadas dentro da casa da puérpera, no momento em que elas retornavam da UTIN após a ordenha das 9h. O convite era feito coletivamente e aquelas que concordavam, saíam com a pesquisadora em direção ao auditório. Apesar de haver 8 a 10 mulheres na casa da puérpera, foi difícil encontrá-las, pois elas dividiam-se entre a UTIN, o BLH e a casa da puérpera. Realizei convites de uma a uma, e aguardava a chegada das demais; outras tantas vezes, aquelas que haviam consentido a participação, saíam da casa da puérpera e não retornavam a tempo de ser conduzida ao auditório. No primeiro dia, permaneci muito tempo aguardando o retorno daquelas com as quais combinei. Mas a partir do segundo, combinei com as puérperas o dia do retorno e o horário, e seguia para a coleta com aquelas que estivessem disponíveis. Os grupos focais ocorreram semanalmente, em um dia da semana fixo.

No HEC por sua vez, as puérperas eram convidadas dentro das UTIN, ou em uma sala de convivência onde ficavam seus pertences pessoais. Elas também eram conduzidas até a sala de reunião ou o auditório. Também neste hospital, muitas das mães não estava no ambiente da

UTIN, nem na sala de convivência, e ninguém sabia onde poderiam estar, o que dificultou o convite para participação.

Quando já estávamos no ambiente adequado para o desenvolvimento do grupo focal, os pesquisadores e os estudantes que estivessem apoiando a coleta eram apresentados às participantes. A equipe de coleta não excedia 3 pessoas. Após as apresentações, realizava-se o consentimento escrito após a leitura dos termos e iniciava-se a técnica do jogo do rabisco. Como nesta técnica é o mediador que realiza o primeiro rabisco, diante da simplicidade da proposta, não houve demora para que os outros rabiscos se seguissem na maioria das vezes. Existiram aquelas que escolheram uma única cor e desenham até o fim, demonstrando pouco estímulo; outras trocam de cor a cada rabisco, empolgadas.

Eram as próprias participantes que apontavam o fim do desenho. De forma a prepará-las para o que faríamos a seguir, elas eram, nesse momento, convidadas a descrever o que viam no desenho e a contar uma história. Apesar de não ser técnica validada para pesquisa, nem para uso coletivo, o jogo do rabisco foi provocador de ricas verbalizações.

A seguir, era distribuída uma folha de ofício em branco para cada participante, para a realização do desenho-estória, com o tema provocado pelo pesquisador. Algumas desenhavam de imediato. Outras hesitavam. Quando acabam de desenhar, solicitava que contassem uma história sobre o desenho, e a seguir, que colocassem um título. Não houve dificuldade para realização desta etapa com as mães que estavam com os filhos na UTIN.

Porém, a participação das puérperas que estavam no método Canguru foi mais difícil em todos os momentos. Desde o convite, algumas delas negavam a participação na pesquisa por conta da necessidade de algum cuidado da rotina dos bebês, como banho, lavagem de roupa, exame agendado; ou acordavam mais tarde e demoravam a se preparar e colocar o bebê na posição canguru, alegando que perderam a noite com os cuidados do filho. Além disso, por conta das limitações estabelecidas por ambas as instituições para o deslocamento dos pacientes das unidades, os grupos com essas puérperas ocorreram dentro do espaço de convivência que elas tinham, dentro das Unidades Canguru. Outra dificuldade foi a ocorrência de muitas atividades direcionadas para esse grupo, realizadas por profissionais e estudantes das diversas categorias profissionais, que, por vezes, coincidia com o dia da coleta. E ainda, mesmo dentre aquelas que decidiam participar, haviam aquelas que não demonstravam interesse e envolvimento no grupo, permanecendo caladas por muito tempo, e respondendo minimamente aos esforços da pesquisadora em estimular as verbalizações.

Optamos por realizar os grupos focais em blocos: primeiro bloco com puérperas que estavam com filhos na UTIN até saturação e o segundo bloco com puérperas no método Canguru. Como houve uma infinidade de eventos que concorreram para que encontrássemos as mesmas puérperas a cada semana, tais como alta para o método Canguru, estando a coleta ainda no primeiro bloco, indisponibilidade da puérpera no momento agendado por estar na UTIN, BLH, ou por óbito do RNPT, na maioria das vezes, novas puérperas eram incluídas a cada grupo, e em poucos casos tivemos puérpera participando dos dois blocos.

Ao final de cada encontro do grupo focal, a equipe aproveitava aquele momento de imersão e frescor da experiência de coleta e se reunia para registrar todas as impressões e interpretações iniciais de cada encontro, assim eram registrados os memoriais, que já apontavam pistas para as questões norteadoras dos encontros subsequentes. Após a realização das entrevistas, essas foram transcritas por duas estudantes treinadas.

Paralelamente à realização dos grupos focais, realizamos a observação sistemática. Inicialmente entramos em contato com as coordenações das unidades de terapia intensiva, e agendamos o período em que esta seria realizada. Esta coleta foi realizada por duas estudantes da área de saúde treinadas previamente.

O coletador portava o roteiro de observação, caneta e caderno para as anotações de campo. O caderno foi devidamente identificado com o local e os horários das observações. Ao chegar no setor, o coletador identificou-se para a equipe, e foi encaminhado pelo responsável do setor a um posto de observação, ponto do qual realizaria sua coleta.

Para todos os acontecimentos, foram descritos o que aconteceu, quem esteve envolvido e o tempo decorrido. As coletas foram realizadas ao longo de, pelo menos, seis turnos em cada hospital, em dias não consecutivos, nos períodos diurnos, entre segunda e sexta-feira, pois não foi autorizado pelos hospitais a coleta noturna nem durante os finais de semana.

Realizamos ainda entrevistas informativas com os profissionais de saúde dos diversos setores por onde passam os participantes, a fim de caracterizar a assistência e o contexto, que auxiliam a compreensão do fenômeno. Roteiro de entrevista em APÊNDICE C.

4.5.4 Análise

A análise se deu pela triangulação de todos os dados coletados nesta pesquisa: desenhos, os áudios e a observação.

A primeira parte da análise em um estudo de teoria fundamentada é a codificação. Codificar significa dar um rótulo a segmentos de dados semelhantes; rótulo este que resume e representa aquele conjunto de dados. Optamos por realizar a codificação aberta, ou seja, sem definição prévia de categorias, para que representasse o olhar dos participantes de forma mais fidedigna possível. Utilizamos para este estudo a codificação incidente por incidente.

A análise dos dados colhidos com a técnica desenho-estória envolveu análise tanto o material discursivo produzido pelas estórias contadas pelos participantes, quanto da visualização dos elementos gráficos desenhados por elas, pois estes são dotados de sentido para a estória contada, uma vez que é a partir do produto gráfico que os sujeitos são convidados a elaborar uma trama discursiva, e podem também revelar aspectos não apresentados nos discursos. Nesta perspectiva, desenhos e estórias se completam, permitindo ao investigador acessar o contexto em que as experiências narradas foram produzidas. O material coletado mediante a aplicação do Desenho Estória com Tema foi analisado utilizando-se o modelo proposto por Coutinho (2001):

- Observação dos desenhos e leitura flutuante das narrativas.
- Aplicação de ficha de análise de desenhos para extração de conteúdos explícitos e implícitos com construção de texto síntese.
- Separação dos desenhos por similaridade gráfica.
- Codificação de unidades de análise.

A seguir, os códigos foram comparados com os códigos resultantes das análises dos dados obtidos através dos outros instrumentos, e integrado a eles na categorização dos temas e nomeação de novas categorias.

Para análise dos dados resultantes da observação sistemática foi utilizada a correspondência de padrão, que é o processo de identificação de padrões discerníveis. Os tipos de padrões incluem: padrões de horários de atividades diárias, padrões de ação, padrões de discurso e padrões relacionais. Foi utilizado o modelo de análise descrito por Lankshear E Knobel (2008). Para evidenciar os padrões, os pesquisadores realizaram as seguintes perguntas aos dados:

- O que está acontecendo aqui?
- Quem está fazendo o quê?
- Como as pessoas estão fazendo?

- Esse evento já aconteceu antes?
- O que as pessoas estão dizendo?
- Que coisas são recorrentes? O que isso sugere?

Assim, de posse das anotações de campo, estas foram digitadas e impressas em folhas coloridas, uma cor para cada hospital, para que pudessem ser recortadas, comparadas, agrupadas por padrão, para serem a seguir codificadas e coladas em papel metro nas categorias correspondentes. Os códigos surgidos foram integrados com os códigos dos outros dados desta pesquisa, para triangulação das informações.

Também nas análises dos grupos focais, utilizamos papel colorido, de forma a identificar por cores o hospital e a fase do processo em que a participante estava (com filho na UTIN ou no alojamento Canguru); então começamos a recortar os seguimentos de texto que representavam um incidente, separando-os, para a seguir compará-los, agrupá-los por semelhança e colá-los em papel metro pardo. A seguir os seguimentos foram organizados por meio da codificação qualitativa inicial.

Para definir as categorias, os pesquisadores realizaram questionamentos direcionados aos trechos estudados, conforme sugestões de Chamaz (2009), como “O que está acontecendo aqui?”, e as respostas, descritas no gerúndio, por se tratar de processo, eram então os títulos iniciais das categorias. Os códigos iniciais utilizados para as categorias indicavam as áreas a serem investigadas nos encontros subsequentes com os participantes, de forma que a coleta de dados foi orientada para o esclarecimento das propriedades das categorias e de suas relações, o que não impediu que novas categorias surgissem nos encontros subsequentes.

Os novos dados eram comparados com as categorias prévias, podendo ser incluídos nelas ou representar uma nova categoria. Utilizamos, portanto, o método comparativo-constante. Assim, coleta e análise se deram de forma simultânea nesse estudo. Quando surgiram questões inevitáveis que representaram lacunas na teoria, coletamos novos dados para melhor compreender o fenômeno.

Surgiram dezenas de categorias, que foram também reagrupadas por afinidade, recodificadas e redefinidas, assumindo um significado mais amplo na análise, etapa chamada de codificação focalizada. Além disso, nesta etapa foi determinada a adequação das categorias para a compreensão do fenômeno estudado. A sensibilidade teórica dos pesquisadores foi fundamental, esta compreendida como a destreza para olhar os dados com perspicácia e

imaginação, com objetivo de verificar a relevância dos dados e discernir o que é ou não é pertinente ao estudo. Alguns códigos foram excluídos neste momento.

Ao estabelecer e codificar numerosos dados, redigimos anotações analíticas iniciais, os memorandos, buscando compreender as categorias a partir da reflexão e escrita livre de todas as informações, pensamentos, conexões e ideias relativas à categoria que ocorressem ao pesquisador. Assim surgiram as ideias que se ajustaram à interpretação dos dados.

Após a codificação focalizada, procedeu-se a validação das categorias através da verificação de concordância inter-observador: o material da coleta foi analisado por outros indivíduos, e a seguir realizada comparação. Participaram desta etapa profissionais da saúde e pesquisadores que atuavam nos cuidados do público alvo nas instituições estudadas e pesquisadores experientes com a análise em estudos de teoria fundamentada.

A seguir, realizou-se a codificação axial, momento em que as categorias foram relacionadas entre si. Para isso, utilizou-se o “como”, “porque”, “com que consequências” e “mudança”.

A validação pelo público-alvo não pôde ser realizada, pois no momento em que os resultados finais foram construídos, já havia sido deflagrada a pandemia, e o acesso aos campos deste estudo foram restritos.

CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO

Após a triangulação dos dados, a categorização final, e a codificação axial, a construção das categorias alcança plenitude com a codificação teórica e a construção do modelo teórico visual. Seguiu-se com a identificação da categoria central, os conceitos-chave em torno dos quais se organizou a teoria. A categoria principal foi definida a partir daquela que teve a potencialidade de integrar as demais categorias e desenvolver a teoria em torno de seus eixos conceituais. Para encontrá-la foram desenhados diagramas, estudados os memorandos a fim de fazer uma leitura integrada dos conceitos expressos e testadas as possibilidades, até obtenção de êxito. A seguir, foram esboçados diagramas, inter-relacionados os conceitos à categoria central.

Para a realização das análises, os pesquisadores deixaram suas pre-concepções, experiências prévias e seu conhecimento da literatura técnica em suspensão para que a teoria pudesse emergir com base no olhar dos participantes. As categorias analíticas e a relação entre

elas nos forneceram um instrumento conceitual sobre a experiência estudada. Foram valorizadas as ações, os processos e as palavras que as participantes utilizaram, bem como definidas as circunstâncias, o contexto e momento das ações. Assim foram surgindo os enunciados teóricos deste estudo de teoria fundamentada.

4.5.5 Reflexividade

O que cada pesquisador observa e interpreta nunca é independente de sua formação, suas experiências anteriores e do próprio mergulho na situação investigada (THIOLLENT, 2011). O pesquisador não chega à pesquisa sem ter sido influenciado pelo mundo, ou sem possuir conhecimentos ou fazer suposições sobre o que investiga. Por isso é fundamental que se reflita sobre o que levamos ao campo da pesquisa, o que percebemos e como percebemos. O interesse pelos temas, os conceitos sensibilizantes e as perspectivas disciplinares nos fornecem pontos de partida para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa, mas não devem representar limitações para nossas ideias (CHARMAZ, 2009).

Sou mulher, natural de Feira de Santana, filha de uma pedagoga com um pequeno comerciante. Nasci de um parto cesariano, e mamei muito pouco. Lá em 1987, integrei a “geração mamadeira”. Cresci dizendo que seria cabeleireira, mas graduei-me em Nutrição, na Universidade Federal da Bahia, em 2010. A chamada “Nutrição materno-infantil” marcou a mim, bem como a todos os outros estudantes das turmas de então, pela intensidade dos conteúdos estudados e nível de exigência dos professores, de forma a ser consenso para muitos, deixar esta disciplina isolada em um semestre, dedicado somente a ela, para conseguir nota suficiente para aprovação.

Como nutricionista, atuei no manejo da amamentação e alimentação de crianças hospitalizadas por alguns anos. Foi em um hospital pediátrico que pude experienciar o enfrentamento das dificuldades para a lactação e amamentação de alguns sujeitos dos quais cuidei. E a partir de então, debrucei-me mais sobre o estudo desse tema e tornei-me ferrenha defensora da amamentação, mas também militante do empoderamento feminino e profundamente sensibilizada com o sofrimento decorrente da hospitalização, da maternidade e da amamentação e por tudo isso, defensora da autonomia dos sujeitos. Essas convicções tornaram-se ainda mais intensas após a minha experiência de maternidade, à qual resolvi dedicar-me em tempo integral por quase dois anos, tendo pedido demissão do trabalho, e

pausado estudos. Consegui amamentar por 2 anos e 3 meses, experiência que me transformou também profissionalmente.

O tema deste projeto de pesquisa emergiu progressivamente desde a concepção de outro projeto desenvolvido pelos pesquisadores do NUPES, que objetivava a implementação de colostroterapia na UTIN de um hospital pediátrico municipal. A experiência das pesquisadoras envolvidas no projeto, mestrandas e doutorandas, no atendimento clínico da saúde materno-infantil lhes fazia rezear a dificuldade que as mães de RNPT teriam para a ejeção precoce do colostro, o que poderia dificultar a execução do protocolo planejado. Das discussões exploratórias entre pesquisadores e da relação com os colaboradores do hospital e com as puérperas que eram incluídas na pesquisa, veio à tona este objeto, cuja relevância era expressa pelas verbalizações dos sujeitos ativos da situação.

Declaro que não tenho conflito de interesse, nenhum envolvimento pessoal com as instituições participantes deste estudo, além do compromisso social e nenhum ganho financeiro para conduzi-lo. Atualmente, recebo bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) de auxílio financeiro para desenvolvimento do mestrado acadêmico.

4.5.6 Considerações éticas e políticas

Esta pesquisa está de acordo com a resolução CNS nº 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos; bem como a resolução CNS nº 510 de 2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e a resolução CNS nº 580/2018, que regulamenta pesquisas realizadas em estabelecimentos de saúde do SUS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP) – UEFS, CAAE 17004819.1.0000.0053 (ANEXO B). Foram utilizados termos de consentimento livre e esclarecido para os participantes, bem como termo de assentimento quando se tratou de adolescentes e termo de consentimento do responsável legal para seus pais (APÊNDICE D).

Para resguardar os procedimentos éticos, foram tomadas as seguintes providências:

- Sobre os riscos decorrentes da pesquisa: a realização de conversas em grupo implica em risco de revelação de informações pessoais que possam ser prejudiciais aos

participantes. Para evitar esse problema, os pesquisadores garantem a confidencialidade, privacidade e sigilo dos dados coletados. Além deste risco, a abordagem de questões muito sensíveis como é o caso da relação mãe-bebê e amamentação em prematuros de risco, pode provocar desconforto psicológico/emocional nas mesmas. Por isso os pesquisadores contaram com a colaboração de uma psicóloga que acompanhou todos os grupos focais, para atendimento imediato e se mantém a disposição pelo tempo que for necessário para assistência das participantes (Termo de anuência – ANEXO C).

- Procedimentos para garantia da privacidade: Os grupos focais aconteceram dentro de ambientes privados e ninguém, além dos participantes e dos pesquisadores tiveram acesso à sala.
- Procedimentos para favorecer a segurança e confidencialidade: As conversas dos grupos foram gravadas integralmente e os arquivos mantidos no núcleo de pesquisa, na UEFS. As informações registradas são confidenciais, e ninguém mais exceto os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa tem acesso a elas. As gravações serão destruídas depois de 5 anos. Em momentos, nos grupos, solicitamos aos participantes que não falassem com pessoas alheias sobre o que foi dito nos encontros. Porém, informamos a eles que não poderíamos evitar que os participantes que estão no grupo compartilhassem as informações confidenciais.
- Direito de recusa, liberdade e autonomia: Nos casos em que os participantes desejaram, puderam se negar a responder a qualquer pergunta. Eles também puderam escutar a gravação, e excluir trechos da sua fala ou a sua fala completa.
- Procedimentos para garantia do sigilo: As informações que coletamos nesta pesquisa são mantidas em sigilo. Qualquer informação sobre o participante utiliza um código, não seu nome. Somente dois pesquisadores sabem qual é o número de cada participante e mantemos esta informação em total sigilo. Ela não será compartilhada ou fornecida a ninguém em nenhum momento da pesquisa ou depois dela.
- Providências sobre danos decorrentes da participação: Quando o pesquisador perceber qualquer dano decorrente da participação na pesquisa, tomará as providências cabíveis, que podem incluir o não divulgação dos dados da pesquisa; e informará ao CEP sua ocorrência.
- Não interferência da rotina dos serviços de assistência à saúde: As atividades desta pesquisa foram independentes do atendimento disponibilizado pelo SUS nos hospitais;

a recusa em participar não trouxe qualquer prejuízo na assistência da participante nem na do seu filho.

- Não interferência nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço: esta pesquisa respeitou os preceitos administrativos e legais das instituições que participaram do estudo, de forma a evitar prejuízo das suas atividades e das rotinas dos trabalhadores da saúde. Para tanto, o pesquisador efetuou contato prévio com o núcleo de educação permanente das instituições, que são responsáveis por organizar as atividades de pesquisa, para agendamento das coletas, com a anuência da coordenação do setor. Foi estabelecido tempo limite, em comum acordo, após o qual foi interrompida a coleta e realizado novo agendamento.

5 RESULTADOS

Em se tratando de um trabalho de conclusão do curso do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, demanda-se a apresentação de uma dissertação e um artigo pronto para publicação, que se encontra no APÊNDICE E. A seguir, todos os resultados e discussões desta dissertação.

As participantes deste estudo tinham idade entre 20 e 29 anos, e sua maior parte tinha ensino médio completo, era desempregada, tinha renda familiar menor que 1 salário mínimo, autodeclarou-se parda e era casada ou estava em união estável (Tabela 1).

Quanto às características do parto, 54% tiveram parto normal, com idade gestacional média de 30 semanas, os filhos tiveram peso médio de 1451 g (variando de 820g a 2495g) e 17% tiveram gravidez gemelar. Quanto aos dados sobre amamentação, 50% afirmaram ter recebido informações no pré-natal sobre AM, 87,5% tinham vontade prévia de amamentar e 33% já amamentaram antes.

Foram efetuados 10 grupos focais, com duração média de 38 min, e total de 417 min de gravações; as observações totalizaram 27h e 35min e foram realizados 23 desenhos-estórias. Das análises, emergiram 90 códigos iniciais, que deram origem a 24 códigos focais, e por fim 6 categorias, Tabela 2. Os códigos iniciais podem ser vistos no Apêndice F.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra (N = 24). Feira de Santana, Brasil, 2020.

Características	H1	H2	Total
	N=12 n(%)	N=12 n(%)	N=24 n(%)
Idade materna			
< 20 anos	2 (17)	3 (25)	5 (21)
20 a 29 anos	10 (83)	5 (42)	15 (62)
30 a 39 anos	-	3 (25)	3 (13)
≥ 40 anos	-	1 (8)	1 (4)
Estado civil			
Solteira	5 (42)	4 (33)	9 (38)
União estável	2 (16)	5 (42)	7 (29)
Casada	5 (42)	3 (25)	8 (33)
Escolaridade máxima			
Analfabeta	-	-	-
< Ensino fundamental completo	2 (17)	2 (17)	4 (17)
Ensino fundamental completo	5 (42)	2 (17)	7 (29)
Ensino médio completo	5 (42)	6 (49)	11 (46)
Ensino superior completo	-	2 (17)	2 (8)
Trabalho			
Desempregada ou não remunerada	6 (50)	6 (50)	12 (50)
Trabalho formal ou estuda	2 (17)	2 (17)	4 (17)
Trabalho informal	4 (33)	4 (33)	8 (33)
Renda familiar			
≤ 1 salário mínimo	5 (42)	4 (33)	9 (38)
1-2 salários mínimos	3 (25)	2 (17)	5 (21)
≥ 2 salários mínimos	4 (33)	2 (17)	6 (25)
Não declarado	-	4 (33)	4 (17)
Raça/cor auto declarada			
Preta	4 (33)	2 (17)	6 (25)
Parda	7 (59)	6 (50)	13 (54)
Branca	1 (8)	2 (17)	3 (13)
Amarela	-	1 (8)	1 (4)
Não declarado	-	1 (8)	1 (4)

Fonte: Dados coletados nesta pesquisa.

Tabela 2. Experiência de amamentação na prematuridade: categorias, códigos focais, depoimentos e observações. Feira de Santana, Brasil, 2020.

CATEGORIAS	CÓDIGOS FOCALIS	DEPOIMENTOS E OBSERVAÇÕES
Ansiando amamentar exclusivamente para relacionar-se com o RNPT, mas temendo não conseguir	Ansiando amamentar o recém-nascido prematuro	“eu tenho muita vontade, anseio muito amamentar meu filho... isso é o que eu mais quero, estou contando os minutos pra isso acontecer. Mas quando penso em amamentar, lembro das dificuldades, do bebê aprender a sugar, tem uns que nem chegam a mamar porque põe traqueostomia, essas coisas (suspiro)”. (Daniela, UTIN, H2)
	Idealizando a amamentação como ato de amor	
	Preocupando-se com as dificuldades da amamentação	
Desejando amamentar exclusivamente para salvar o RNPT das condições críticas pelas quais se sentem responsáveis	Sentindo-se distanciada do recém-nascido prematuro	“Algumas decisões que eu tomei em minha vida refletiram na gestação do meu filho. Com cinco meses, o meu VENTRE estava sendo o PIOR lugar para ele; ele teve restrição de crescimento, por conta dessas escolhas erradas que eu fiz. Alguns médicos me falaram que ele teria que ser tirado da barriga SEM nenhuma perspectiva de sobreviver ... meu filho veio me provar a FORÇA e o amor que uma mãe pode ter. Eu não pude ofertar esse amor durante os nove meses, mas eu quero provar tudo isso agora na amamentação. Eu estou contando, SEGUNDO APÓS SEGUNDO. Os médicos me falaram que eu vou começar dar a mama a ele já essa semana, então eu já SINTO que o amor é tão grande, que quando eu pego ele no meu colo pra fazer carinho eu sinto o meu peito enchendo de leite” (Renasci, UTIN, H1).
	Assustando-se com as condições do recém-nascido prematuro	
	Vivenciando o medo da morte do recém-nascido prematuro	
	Atribuindo a prematuridade a comportamentos prévios	
Experimentando desconforto físico, confusão de sentimentos e pressões	Vivenciando o desconforto da estrutura hospitalar	No Leito 5 da UTIN do H1, Mylla volta a tentar alimentar sua filha. Tenta primeiro um seio e depois outro. Chama a equipe de saúde, mas eles só atendem seu pedido 35 minutos depois, com o choro da bebê irradiando a UTIN. Então o profissional de saúde se aproxima, tira o RNPT do colo da mãe e a manda lavar as mãos. Enquanto a mãe ordenha um seio, a outra profissional de saúde balança a bebê no colo tentando acalmá-la, e diz em tom baixo “ai fica difícil, ela nem bico do peito tem”. Enquanto a mãe ordenha o outro peito, o leite é ofertado pela profissional, e o RNPT para de chorar. A seguir, ela entrega a bebê e a seringa a mãe, para que ela termine de alimentá-la. Às 15h45 a avó da bebê chega e fica ao lado da filha que aninha a filha no colo. A avó fala que a saída da bebê na UTIN está condicionada à sua alimentação adequada. A mãe do RNPT fala de suas dificuldades em amamentar, mas a vó reitera “não tem nada difícil, você tem que se acostumar. Estimule o peito constantemente”. Após a conversa, a avó vai embora e a mãe põe a bebê no leito novamente.
	Desejando retornar para casa	
	Recebendo pressões internas e externas	
	Sentindo-se confusa	

(continua)

Tabela 2. Experiência de amamentação na prematuridade: categorias, códigos focais e dados. Feira de Santana, Brasil, 2020.

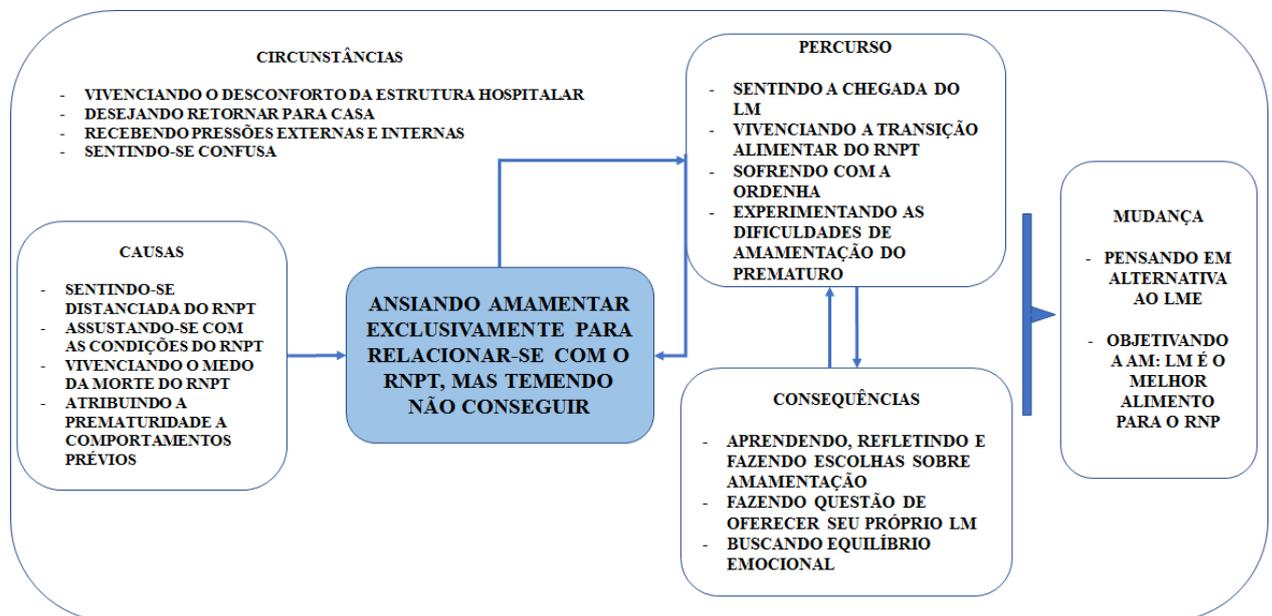
(continuação)

CATEGORIAS	CÓDIGOS FOCALIS	DEPOIMENTOS E OBSERVAÇÕES
Sofrendo ao longo do processo da amamentação	Sentindo a chegada do leite materno	"Meu bebê tava chorando, então perguntei à doutora se ele estava com dor, e ela disse que não sabia, mas veio e colocou o dedo na boca dele. Esse menino puxou com uma força tão grande que ela riu muito, "chega morde chega que morde". Eu então iniciei a ordenha pra dar, pra dar ele, enquanto a técnica pegava a seringa. Mas antes de dar o leite, ela puxa pra ver se tá fazendo digestão. Quando ela puxou, veio um líquido preto, 10mL, ô tristeza muito grande! Ver que ele quer mamar, mas não pode! Foi de doer o coração ver ele chorando, sugando com tanta vontade e... e não aceitar o meu leite! Foi muito triste isso!" (Dani, H1, UTIN).
	Vivenciando a transição alimentar do recém-nascido prematuro	
	Sofrendo com a ordenha	
	Experimentando as dificuldades de amamentação do prematuro	
Aprendendo, refletindo e fazendo escolhas sobre AM	Fazendo questão de oferecer seu próprio leite	Na UTIN do H2, Débora está bem nervosa hoje, ela passa as mãos sobre o rosto e coça a cabeça. Ela refere preocupação, pois seu leite ainda não é suficiente para seu filho, mas o BLH suspendeu o envio do leite doado, devido ao critério de peso, do qual seu filho acaba de ser excluído. Ela mostra-se disposta a tentar ordenhar pelo tempo que for necessário. Sua filha precisa de 22ml, mas ela só consegue 06ml. Equipe de saúde então solicita o complemento naquele horário. Quando o leite chega e é oferecido ao seu filho, a intensidade do alívio é expressado claramente pela genitora, que passa a cantarolar.
	Buscando equilíbrio emocional	
	Aconselhando manter a ordenha	
	Associando sua alimentação com a lactação	
	Avaliando o método canguru	
Pensando em alternativa ao leite materno exclusivo	Lembrando das orientações do pré-natal	"Eu parei de ordenhar porque minha filha ficou muito tempo em dieta zero. Eu acho que é a emoção ou tristeza, que o leite sumia. Nessas idas e vindas aí eu parei de estimular. Seria ótimo se eu tivesse ordenhando ainda. Eu me arrependi. Não parem de estimular, porque o leite seca!" (Daniela, UTIN, H2)
	Desejando continuar a amamentar	
	Sentindo-se insegura com a amamentação em casa	
	Pretendendo complementar com fórmula láctea	"A gente tem muita dificuldade... e eu fico pensando, meu Deus quando eu chegar em casa... Pensando que meu filho tem que receber muito cuidado, muita preocupação, muito acompanhamento. eu tenho um bocado de amiga que disse que quando eu precisasse, eu poderia chamar pra me ajudar (Debora, H1 Canguru)

Fonte: Informações derivadas das análises interpretativas da presente pesquisa.

A categoria central que emergiu das análises foi “*Ansiando amamentar exclusivamente para relacionar-se com o RNPT, mas temendo não conseguir*”, às quais foram relacionadas outras cinco categorias a saber: “*Desejando amamentar exclusivamente para salvar o RNPT das condições críticas pelas quais se sentem responsáveis*”; “*Experimentando desconforto físico, confusão de sentimentos e pressões*”; “*Sofrendo ao longo do processo da amamentação*”; “*Aprendendo, refletindo e fazendo escolhas sobre AM*” e “*Pensando em alternativa ao leite materno exclusivo*”. O modelo teórico pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 4: Modelo teórico de amamentação na prematuridade durante hospitalização.



RNPT: recém-nascido prematuro;
LM: leite materno;
LME: leite materno exclusivo;
AM: aleitamento materno

A seguir são detalhadas as categorias e os códigos focais e estão em destaque com letras maiúsculas.

CATEGORIA CENTRAL: ANSIANDO AMAMENTAR EXCLUSIVAMENTE PARA RELACIONAR-SE COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO, MAS TEMENDO NÃO CONSEGUIR

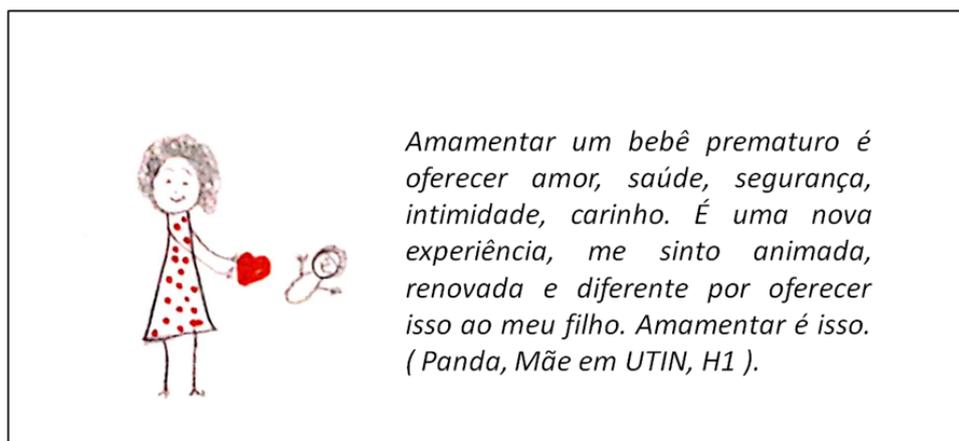
As mães estão ANSIANDO AMAMENTAR O RECÉM-NASCIDO PREMATURO plenamente, esforçam-se para isso, mas sentem-se inseguras sobre as reais possibilidades de realizar esse plano.

Para elas, amamentar é um ato bonito, prova de amor, e uma forma de demonstrar carinho ao seu filho. Elas aguardam com ansiedade o momento em que poderão amamentar, e acreditam que neste dia se sentirão muito felizes. Elas consideram a amamentação algo tão bom, e afirmam não entender como existem mães que não querem amamentar.

Os desenhos das mães reafirmam claramente esta categoria como a central deste fenômeno, ao demonstrar as mães “IDEALIZANDO A AMAMENTAÇÃO COMO ATO DE AMOR”. Treze dentre os 23 desenhos continham um coração, símbolo do afeto. Panda é mãe adolescente, mas o que ela pensa sobre a amamentação apresenta os mesmos traços romantizados das outras mães de RNPT. Figura 5.

Figura 5- Desenho-estória de Panda, mãe de prematuro hospitalizado.

Título: O que é amamentar



Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

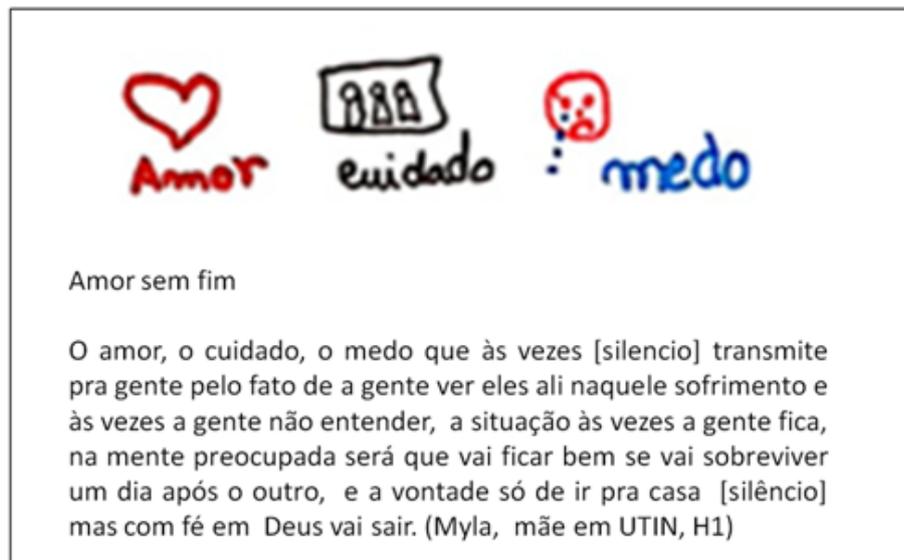
Elas entendem que amamentar é também uma prova de sua força e reafirmação de sua capacidade de oferecer o melhor a seu filho, apesar do descrédito das pessoas a sua volta, incluindo profissionais de saúde. Renasci, codinome escolhido por uma das participantes do estudo, relata que amamentando ela pretende provar ao médico quão boa mãe ela pode ser, em resposta ao argumento utilizado por ele para justificar a interrupção da gravidez: que seu ventre não era o melhor lugar para o bebê.

Apesar de desejarem intensamente amamentar, as mães de RNPT demonstram estar “PREOCUPANDO-SE COM AS DIFICULDADES DA AMAMENTAÇÃO”. Essa preocupação é motivada pela observação das dificuldades do prematuro quanto a sucção, pela percepção das suas próprias dificuldades de lactação, e pela recordação de experiências de

outras mães de RNPT que nunca puderam amamentar, dado o estado crítico e necessidade de procedimentos invasivos em seus filhos, a exemplo da traqueostomia. Esse medo também apareceu nos desenhos.

Myla relatou que iniciou edema e câimbras em torno do 7º mês de gestação, então sua bolsa estourou precocemente, ela não teve forças suficientes no período expulsivo e o RNPT precisou ser reanimado, e retornou apenas na segunda tentativa. Ela só o viu na UTIN, e até o momento da coleta, ela ainda não o havia pegado no colo. Ela assim representou o que pensa quando reflete sobre amamentar um RNPT, intitulado “Amor sem fim”, Figura 6.

Figura 6- Desenho-estória de Myla, mãe de prematuro hospitalizado.
Título: Amor sem fim



Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

Essas mães versam sobre a frustração e tristeza de não poder amamentar, e necessitar ordenhar LM por longo período. Elas reconhecem a impossibilidade de amamentar como uma experiência horrível. E na medida que o tempo passa, percebem a ampliação da dificuldade de manter a produção do LM o que suscita a perda da esperança de ter seu desejo realizado, porque sua produção de LM vai diminuindo.

CATEGORIA DE CAUSA: DESEJANDO AMAMENTAR EXCLUSIVAMENTE PARA SALVAR O RECÉM-NASCIDO PREMATURO DAS CONDIÇÕES CRÍTICAS PELAS QUAIS SE SENTEM RESPONSÁVEIS

Ao observar que seu RNPT é imediatamente conduzido para os cuidados de emergência, sem o primeiro contato pele a pele, as mães vivenciam o afastamento de seu filho. Assim elas ficam “SENTINDO-SE DISTANCIADAS DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO”. As participantes alegam que os profissionais prestam os primeiros cuidados ao RNPT mas não trazem informações acerca da sua condição; o fazem apenas quando elas cobram ou questionam.

Nos primeiros dias, mães e RNPT são usuários do mesmo hospital, mas mantém-se distanciados, pois a puérpera permanece na enfermaria obstétrica ou UTI obstétrica, enquanto que seu filho segue para a UTIN. Muitas vezes permanecem sem se ver, pois, segundo elas, falta iniciativa da equipe de assistência em promover a aproximação da genitora com o RNPT. Mas em geral, quando solicitado, e clinicamente possível, são atendidas.

Mariana, está internada na UTI Obstétrica. Depois de 4 dias do seu parto, diante de seu estado estável, foi permitida sua visita ao RNPT que está na UTIN, acompanhada de um membro da equipe da UTI obstétrica. Ela questiona se pode pegá-lo, e lhe é permitido. Emocionada, acolhe seu bebê e o observa atentamente, até o momento em que é convidada a retornar à sua UTI. Suas visitas passam então a ser diárias. E ela sempre demonstra muita ansiedade em pegá-lo ao colo, enquanto observa a enfermeira realizar os procedimentos necessários. A equipe se sensibiliza com essa genitora, e procura promover a aproximação da díade pelo maior tempo possível. Seu bebê passa boa parte do dia inquieto e chorando alto, mas quando sua mãe chega e lhe pega ao colo, acalma-se, fica silencioso e dorme (03/02/2020, 14h57min, H2).

Quando enfim as mães têm alta, podem permanecer como acompanhantes do RNPT. Neste momento, se entendem limitadas e às vezes impedidas de tocar no seu filho da forma que desejam, seja pela necessidade de cuidados intensivos, seja pelo temor de promover danos à sua integridade, ou pelos obstáculos do aparato tecnológico que cerca o RNPT. Embora descrevam felicidade ao ver seu filho pela primeira vez, também experimentam angústia por querer pegá-lo no colo, mas não poder.

Ao chegar na UTIN, oriunda da casa da puérpera, Polly lava as mãos e vai até seu bebê, que está no leito 7 e conversa com ela dando bom dia. Volta ao balcão médico, pega máscara descartável e põe no rosto. Ela abre a incubadora e alisa o rosto e tronco da bebê enquanto conversa com ela. Seu rosto está encostado na incubadora e demonstra ternura. Em dado momento, cantarola uma canção para ninar a bebê. Depois observa os aparelhos ao redor da incubadora e decide se sentar na cadeira e observá-la. A profissional vem até a bebê ajustar alguns

aparelhos e não se comunica com a mãe. Em nenhum momento a mãe carrega a bebê, que possui restrição de manuseio, conforme placa sinalizada na incubadora. Ela volta a acariciar a filha e depois chama as enfermeiras para falar sobre o apetrecho respiratório que está se soltando. Duas profissionais vem resolver. Quando elas acabam, a mãe retorna ao seu alojamento às 8h56 (31/01/2020, 08h15 min, H1).

Os contatos, quando acontecem, são limitados e realizados de forma sutil. Nesses momentos, as mães aproveitam para observar as reações do RNPT e interpretam cada movimento como demonstração de carência do contato mãe-filho.

Daniela, teve parto prematuro, e seu filho apresentou uma cardiopatia que tornava qualquer manipulação um perigo para sua estabilidade. Por isso, Daniela só pegou seu filho no colo após 2 meses do seu nascimento. Mas ela reflete que essa separação a fez valorizar esses momentos, e ao sentir tamanha vontade de aproximar-se percebeu que realmente tem um vínculo materno com aquele RNPT. Daniela conta que ouve o choro de todos os bebês, mas sofre porque nunca ouviu o choro do seu, que usa uma traqueostomia. Daniela relata ainda sua insatisfação por não poder prestar os cuidados maternos nem amamentar o RNPT. Assim como outras mães, que se queixam do fato de não poder fazer nada enquanto o bebê está na UTIN, “a gente só visita”. Segundo elas, a equipe não aguarda a mãe chegar para participar dos cuidados.

Às 8h48, Eloá, a mãe do bebê que está no leito 2 entra na UTIN, lava as mãos e observa o bebê. Ela conversa com a profissional de saúde. Esta lhe diz que o bebê é preguiçoso: suga o "dedinho de luva", mas não a seringa e mal abre os olhos. Às 8h55, vai embora porque a enfermeira lhe diz que, apesar da dificuldade, conseguiu alimentá-lo na seringa. Ela recomenda que a mãe volte depois de uma hora, quando o bebê já estaria tomado banho. E assim ela faz, e retorna pontualmente (31/01/2020, 08:48, H1).

Os bebês prematuros possuem características diferentes dos termos. São magros, têm a pele enrugada e bastante fina, facilitando a visualização de veias e das costelas. Em alguns, percebe-se uma intensidade na respiração. Além disso, possuem o tronco maior que os membros inferiores. Suas partes íntimas são discretas e pequenas, assim como as outras partes do corpo. São pés, mãos, bocas e orelhas minúsculas. Muitos medem menos que trinta centímetros e têm peso inferior a 1,200 kg. Alguns tinham sebo esbranquiçado sobre a pele, outros tinham coloração habitual, outros com icterícia, tinham sua pele amarelada. Estes recebem banho de luz azulada, e para proteção ocular, utiliza um cobertor de tecido nos olhos. Alguns dormem tranquilos, outros mexem sem cessar braços e pernas. O choro dos bebês que se mantém em ventilação mecânica não é ouvido, devido ao tubo que passa pela traqueia. Os bebês, em sua maioria, estão ligados a aparelhos que controlam a entrada de ar, acesso venoso, possuem SOG

de alimentação, além de haver monitoramento dos sinais vitais. Alguns estão com bolsa que coleta a urina. Não estão vestidos, apenas a fralda descartável. Algumas incubadoras tem a parte superior fechada, outras não. Havia bebês com um laço feito com touca descartável na cabeça. Algo feito de improviso por uma profissional de saúde, que foi colocado após o banho matinal.

Diante dessa visão do RNPT, as mães acabam “ASSUSTANDO-SE COM AS CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO”. Elas surpreendem-se com o tamanho do RNPT, se impressionam com a pele delicada e ainda imatura, e também com todo o aparato da UTIN. Mas relatam que com o passar do tempo, se acostumaram e não estranharam mais.

Bárbara é adolescente, tem 16 anos. Ela está acompanhada de sua genitora, uma senhora de baixo nível de escolaridade e dificuldade de comunicação. Durante o período de observação, Bárbara permaneceu sentada na poltrona, mas só tocou seu filho depois de 2 dias. Ela o pegou no colo as 09:30 e permaneceu por longo tempo, até o final da observação do período da manhã, as 12h, mas ainda com gestos de insegurança e estranhamento (03/02/2020, 17h18min, H2).

Depois de vivenciar a expectativa de conhecer seu filho, a primeira imagem vista dele pode não gerar reconhecimento entre o que as mães esperavam e o que encontraram. Nuza, mãe de RNPT relata que chegou a pensar que aquele RNPT não era seu filho, pois não viu o parto acontecer devido à anestesia, e também não viu o filho após nascer. Quando o viu pela primeira vez, estranhou, e não desejou pegá-lo. Mas com o passar do tempo foi-se construindo o vínculo.

As mães dos RNPT vivenciam ainda sua evolução clínica, acompanham o período em que ficam sem se alimentar, constataam que não conseguem respirar sozinhos e avaliam que o RNPT exige muito cuidado. Demonstam ainda tristeza por entender que o RNPT está sofrendo, com todas as intervenções necessárias à sua sobrevivência.

A convivência em um ambiente de UTIN, onde a morte de bebês acontece com frequência, leva as mães a passar vários dias “VIVENCIANDO O MEDO DA MORTE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO”. Diante disso, elas pensam que é complicado fazer planos, pois não sabem as reais possibilidades do seu filho sobreviver.

Aba, chega ao leito 8, para ver seu bebê pela primeira vez, mas é impedida temporariamente porque o profissional de saúde estava realizando procedimentos. Às 15h20, entra com sua visita, higienizam as mãos e vão até o bebê. O médico as acompanha para falar sobre a gravidade do quadro clínico da criança. Elas demonstram preocupação e em seguida perguntam a profissional de saúde se terá alta hoje, ela responde que não. Elas abrem a incubadora e tocam as pernas e tronco do bebê. O painel indicando índices vitais do bebê sinaliza constantemente a baixa de saturação do oxigênio no sangue. A mãe se senta para observar o bebê e a visita se agacha perto dela. A visita vai embora 15h45. Depois disso mãe volta a observar o bebê. Ela chora,

e limpa suas lágrimas algumas vezes. Profissionais de saúde chegam para realizar procedimento no bebê e a mãe só observa. Ninguém se aproxima da mãe. Até o final da observação ela permaneceu no local. (04/02/2020, 15h, H1)

Na UTIN as mães acompanham os procedimentos e também ouvem relatos da experiência de outras mães. Neste processo, descobrem que alguns RNPT nunca chegam a mamar ao seio materno, destacam aqueles traqueostomizados. Diante disso, elas decidem não pensar no futuro, nem criar expectativas sobre a amamentação. Mas não se eximem de sofrer; essa experiência é descrita por algumas como desesperadora.

Elas alegam que têm fé, mas a fé não garante que Deus vá preservar a vida do seu filho, porque não sabem da vontade Dele. As mães afirmam que é preciso “se preparar para o pior”, ou seja, pensar na possibilidade de perder e projetar como seria essa vivência, ao invés de criar muita expectativa sobre a recuperação do filho, devido ao risco de ter uma grande decepção. Preparam-se ainda buscando entender o quadro clínico do filho, para compreender e aceitar a possibilidade de perda. Assim, elas cogitam a morte do RNPT e antecipam uma estratégia de superação embasada no pensamento de que se Deus permitir esse desfecho é porque poderia ser pior para o RNPT sobreviver com dificuldades que trariam mais sofrimento.

Elas admitem que com o tempo aprendem a reagir com serenidade durante as intercorrências com risco de perda, a exemplo de parada cardíaca, afastando-se e deixando a equipe intervir. Contudo, há aquelas que não admitem a perda, não se adaptam, reagem com desespero, culpam Deus ou os médicos.

As narrativas de outras mães de RNPT da UTIN são fontes de informações para ajudá-las a compreender sua própria experiência. Porém, elas avaliam que a comparação do estado de seus filhos com outros RNPT pode ser ruim, principalmente quando o desfecho do outro é negativo. Mesmo quando é positivo, elas relatam que é melhor não fazer planos ou criar expectativas, mas deixar as coisas acontecerem. Elas questionam aos médicos sobre as perspectivas de sobrevivência, e não encontram respostas, tornando-se inseguras.

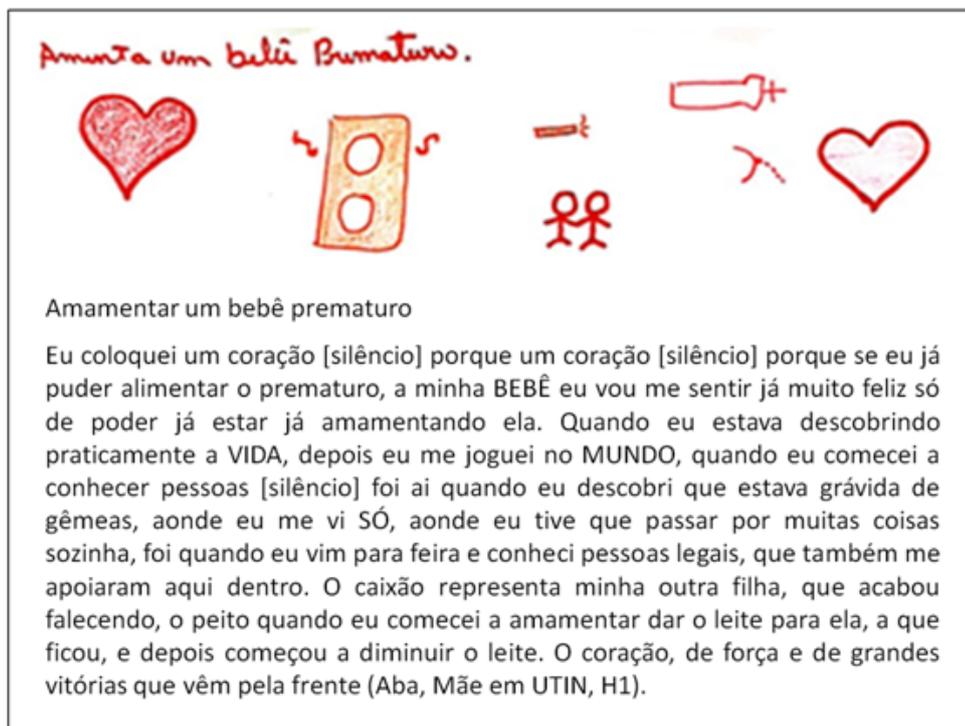
Desde o primeiro momento nos encontros dos grupos focais, elas demonstraram a necessidade de contar a história de seu parto e explicar as possíveis causas da prematuridade. As mães de RNPT acabam “ATRIBUINDO A PREMATURIDADE A COMPORTAMENTOS PRÉVIOS. Aquelas que não encontram um motivo, manifestam estar inconformadas. Elas atribuem a prematuridade dos filhos a infecção urinária, vida “desregrada”, comportamento sexual, uso de drogas, queda, tabagismo ou uso de chá abortivo diante da gravidez indesejada.

Emerge então o sentimento de “culpa”, que também aparece nas situações em que foi prescrito corticoide antenatal, mas não houve tempo para alcançar o amadurecimento do pulmão.

Aba é uma mulher jovem, que engravidou de gêmeos e confessou uso prévio de drogas ilícitas bem como estilo de vida por ela denominado de “desregrado”, do qual se diz arrependida. Ela perdeu as companhias que tinha depois que engravidou. Teve parto prematuro, e um dos bebês foi a óbito. Encontrou apoio de companheiras no hospital. Ela quer muito amamentar sua filha, mas está preocupada, porque o LM está diminuindo, mas tem esperança de que as coisas serão melhores no futuro. Veja seu desenho na Figura 7:

Figura 7- Desenho-estória de Aba, mãe de prematuro hospitalizado.

Título: amamentar um bebê prematuro



Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

Para algumas das participantes, a maternidade chegou de forma inesperada, porém bem-vinda. Para outras, a gestação não planejada foi marcada por tristeza. E para outras, foi a realização de um sonho, pelo qual lutaram um bom tempo. Cada uma dessas histórias traz consigo uma carga emocional diferente, que se soma à experiência do parto prematuro e suscita a culpa. As mães deste estudo relataram que a experiência do parto prematuro fomentou a intenção de amamentar, mesmo naquelas que não tinham essa pretensão.

Ao sentirem-se culpadas pela prematuridade de seus filhos, as mães acreditam que oferecer o LM é a forma de compensar o que elas não puderam oferecer durante a gestação; cuidar do filho e amamentar aparece também como uma oportunidade para recomeçar a vida, deixando para trás um passado obscuro de comportamentos “não adequados”, e ser uma pessoa melhor daí para frente. Elas destacam que a experiência de parto prematuro mudou as suas intenções em relação à amamentação. Aquelas que antes não queriam, passam a ansiar o dia em que poderão fazê-lo. O fato de o filho estar na UTIN e elas não poderem fazer nada por eles, nem os pegar ao colo, é apontado como estímulo do desejo de amamentar.

CATEGORIA DAS CIRCUNSTÂNCIAS: EXPERIMENTANDO DESCONFORTO FÍSICO, CONFUSÃO DE SENTIMENTOS E PRESSÕES

Os ambientes das UTIN são amplos. Os leitos dos RNPT ficam dispostos com as cabeceiras voltadas para as paredes e os pés para o centro. Em uma das paredes, situa-se o balcão dos profissionais. O espaço é bem iluminado, porém ao longo da manhã a iluminação de alguns leitos se apaga. O lugar possui algumas janelas, mas nenhuma delas permite ver a luz do dia, nem saber como está o tempo lá fora. Lá dentro é frio, porém a cada incubadora é possível controlar a temperatura do ar e do bebê. Tem cheiro estéril, provavelmente com utilização de éter; por vezes, o cheiro estéril se confunde com um cheiro forte de material de limpeza, quando os profissionais da limpeza realizam higienização dos ambientes. O som comum é o bip dos aparelhos ligados aos bebês. Também é possível ouvir o choro agudo de bebês. Neste contexto, as mães acabam “VIVENCIANDO O DESCONFORTO DA ESTRUTURA HOSPITALAR”.

Os leitos disponíveis, quase sempre estão todos ocupados. A cada leito há uma incubadora. Há, também, cadeiras reclináveis na frente dos leitos, para acomodação da mãe. Em geral, o ambiente é tranquilo, mas por vezes se agita, nas admissões, ou com movimentação de aparelhos para realização de exames de imagem, ou em casos de intercorrências com os RNPT.

Quando novos bebês são admitidos, suas incubadoras são cobertas com um pano, para manter mais escuro, como o útero materno, a fim de que o RNPT tenha uma experiência de transição menos traumática. Os leitos podem tornar-se privativos através do fechamento de cortinas de plástico, mas raramente estavam fechados (em geral, quando serão feitos procedimentos invasivos ou emergenciais). Cada leito possui uma ficha com a descrição do

paciente: a mãe, data de nascimento e de admissão, número do registro, sexo, peso ao nascer, idade gestacional corrigida, riscos e alergias. Ao lado da incubadora há sempre monitor de frequência cardíaca, aparelho para auxiliar na respiração, estetoscópio, bombas de infusão, suporte para bolsas de medicamentos e soros, além de outros instrumentos para caso de emergência. Há também a cada leito os materiais para higienização, fraldas e gaze. As incubadoras costumam ser acolchoadas com panos, e para os RNPT menores, há um rolo acolchoado em volta para servir de suporte. Algumas incubadoras são enfeitadas discretamente na parte da frente com o nome do bebê. Além dos leitos, o espaço possui banheiro para funcionários, sala de expurgo, sala de coordenação da UTI, sala de conforto dos funcionários, balcão médico, armários para armazenamento de materiais, lavatório e outras incubadoras reservas. As paredes são brancas, com placas de sinalização sobre os leitos e modo de higienização das mãos.

As mães de RNPT anseiam ir para casa também porque acreditam que a hospitalização dificulta a amamentação. Afirmam que o ambiente da UTIN dificulta o vínculo. O ambiente é triste, o barulho constante dos aparelhos assusta e hipnotiza, é um desgaste físico e emocional. Queixam-se de não tomar sol e de sentirem-se presas naquele ambiente. Queixam-se ainda da cadeira e do frio do ar condicionado. Tudo isso estimula nelas o desejo de retornar logo para casa, acreditando que quando chegarem em casa conseguirão ter mais sucesso com a amamentação. Essa dificuldade com o ambiente foi relatada entre as mães de RNPT que estavam no H2, onde elas alojam-se dentro da UTIN por meses.

Em ambas as UTIN, no turno da manhã, ocorrem a passagem da maioria dos profissionais. No turno da tarde, são realizadas as visitas, apenas 1 pessoa para cada diáde, mas somente depois das 15h, pois entre 13h e 15h existe a chamada “hora do soninho”, quando as luzes se apagam e somente procedimentos de emergência ou admissões são realizados. No H1, as mães possuem um alojamento próprio. Elas então chegam à UTIN a partir das 8h da manhã, e a partir daí até as 23:30 elas retornam à UTIN a cada 3h para realizar a ordenha e/ou acompanhar os cuidados, podendo permanecer o tempo que desejarem. No período noturno, os RNPT recebem leite do BLH, o que permite o descanso das mães. No H2, as mães alojam-se dentro da UTIN, ao lado dos bebês. Elas dormem em cadeira reclinada, cobertas com um lençol. Ao longo da manhã, algumas permanecem deitadas, outras sentam-se e observam o trabalho dos profissionais, algumas ordenham, a minoria (muitos RNPT recebem leite do BLH ou fórmula). Os lanches das mães são deixados sobre o balcão, dentro da UTIN, elas então levantam-se, pegam seu lanche e retornam à poltrona. Em geral, elas saem da UTIN após o

lanche, vão para a sala onde ficam seus pertences, ou nos corredores, próximo a alguma janela que lhes permita ver o dia. O almoço é realizado no refeitório principal do hospital. Depois do almoço, elas aproveitam a hora do soninho, e tiram um cochilo também. Depois do horário de visita, elas descem para realizar o jantar, e retornam à UTIN, onde permanecem até o dia seguinte.

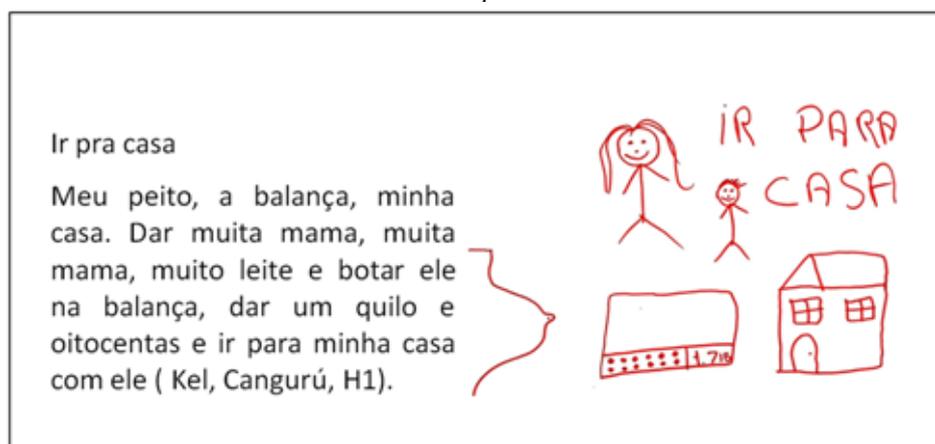
Elas permanecem um longo tempo dentro do hospital (a que ficou mais tempo desta pesquisa tinha 5 meses), e relatam que a pior parte é a UTIN. Mesmo aquelas que tiveram acompanhamento pré-natal de risco, e receberam informações de profissionais de saúde sobre parto prematuro alegam que não estavam preparadas para a UTIN.

As mães de RNPT relatam que estão “DESEJANDO RETORNAR PARA CASA”, porque se sentem sozinhas no enfrentamento das situações difíceis na hospitalização. Outro sentimento marcante é a saudade da família. As visitas são restritas a uma pessoa por dia. Aquelas que têm outros filhos em casa, relatam que estes também ficam ansiosos por conhecer o RNPT. Quando questionadas sobre o que é mais difícil dessa experiência, respondem: “ficar longe da família e de todo mundo”. Mas elas suportam essa situação porque sabem que é necessário para proteger a saúde do RNPT.

Mesmo após a melhora do bebê, saída da UTIN, e admissão na unidade canguru, a ansiedade continua, pois elas relatam viver a expectativa de desenvolvimento da sucção e do ganho de peso. Kéu expressou claramente em seu desenho o que a amamentação estava significando para ela naquele momento: meio de ganho de peso, para que ela volte para casa, Figura 8.

Figura 8- Desenho-estória de Kel, mãe de RNPT em Unidade Canguru.

Título: Ir para casa



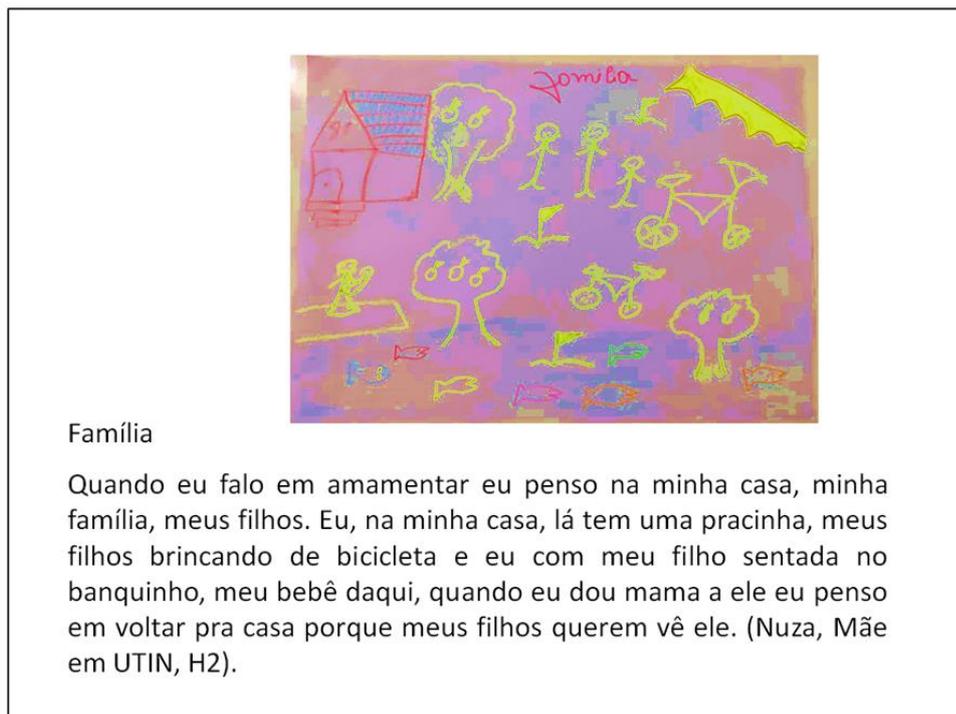
Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

Neste momento, para mães de prematuros amamentar é a forma de viabilizar seu retorno para casa. E também acreditam que o sucesso da amamentação será maior quando estiverem em suas casas.

A ansiedade em retornar para casa e o desejo de estar ao ar livre apareceram muito nos desenhos. Nuza é uma participante oriunda da zona rural, e que traz no seu discurso a referência constante à sua família e aos outros filhos. Na sua história, ela projeta o sonho do dia em que estará em sua casa; perto dela tem uma pracinha, onde seus outros filhos, que ainda não conhecem o irmão RNPT, brincam de bicicleta e ela imagina que estará sentada no banquinho, amamentando seu bebê, Figura 09.

Figura 09- Desenho-estória de Nuza, mãe de prematuro hospitalizado.

Título: Família



Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

Os discursos das mães de RNPT demonstram que elas estão “RECEBENDO PRESSÕES EXTERNAS E INTERNAS SOBRE A AMAMENTAÇÃO”, o que é reiterado na observação:

Renasci chega às 8h35 e vai ao lavatório higienizar as mãos. Começa a ordenhar sentada na cadeira, e termina 9h. Em seu manuseio faz movimentos intensos tentando tirar o máximo de leite possível. Levanta-se da cadeira e vai

alisar a bebê e a cobrir com gaze. Às 9h10 senta-se na cadeira e o profissional lhe entrega a bebê, ela segura a seringa para alimentá-la pela sonda. Quando a descida do leite cessa, ela continua com a bebê no colo na posição canguru. Depois, a profissional vem colocar a bebê na incubadora de volta e faz algumas perguntas à mãe sobre a amamentação, como se ela está conseguindo ordenhar, se tem conseguido o suficiente para a bebê, se ela tem bebido bastante líquido, e se tem frequentado o banco de leite. Para todas as perguntas a mãe responde que sim. Às 9h53, ela retorna ao seu alojamento (05/02/2020, 08h35min, H1).

As pressões chegam às mães não só dos profissionais, mas também de pessoas próximas, como um companheiro que afirma não acreditar que elas sejam capazes de manter a amamentação, e também chegam através de opiniões veiculadas nas redes sociais. Essas pressões influenciam o desejo e a decisão de amamentar, e as tornam inseguras e temerosas pelo insucesso da amamentação de seus filhos.

Elas tratam da perspectiva de flacidez nas mamas, em decorrência da amamentação. Apesar de elas negarem que isso as afete, o fato de elas abordarem o tema demonstra que isso povoa seus pensamentos, e elas acabam introjetando essa cobrança sobre o corpo ideal

Comentários desestimuladores por parte dos familiares também foram citados, principalmente por mulheres que tinham uma postura de negativa da amamentação antes do parto. Mulheres que não tinham intenção de amamentar antes, passam a ter após o parto, mas seus familiares verbalizam não acreditar nessa mudança.

As mães de RNPT relatam saber da possibilidade de lesão nas mamas decorrentes da amamentação, informação que teriam obtido na internet através de blogueiras. Relatam que, se as blogueiras, que têm muitos recursos para prevenir e cuidar-se sozinhas, então pensam que elas estão ainda mais expostas a esses problemas, pois possuem menos recursos. Apesar de tratar disso, afirmam preocupar-se mais em amamentar seus filhos, independente das possíveis lesões.

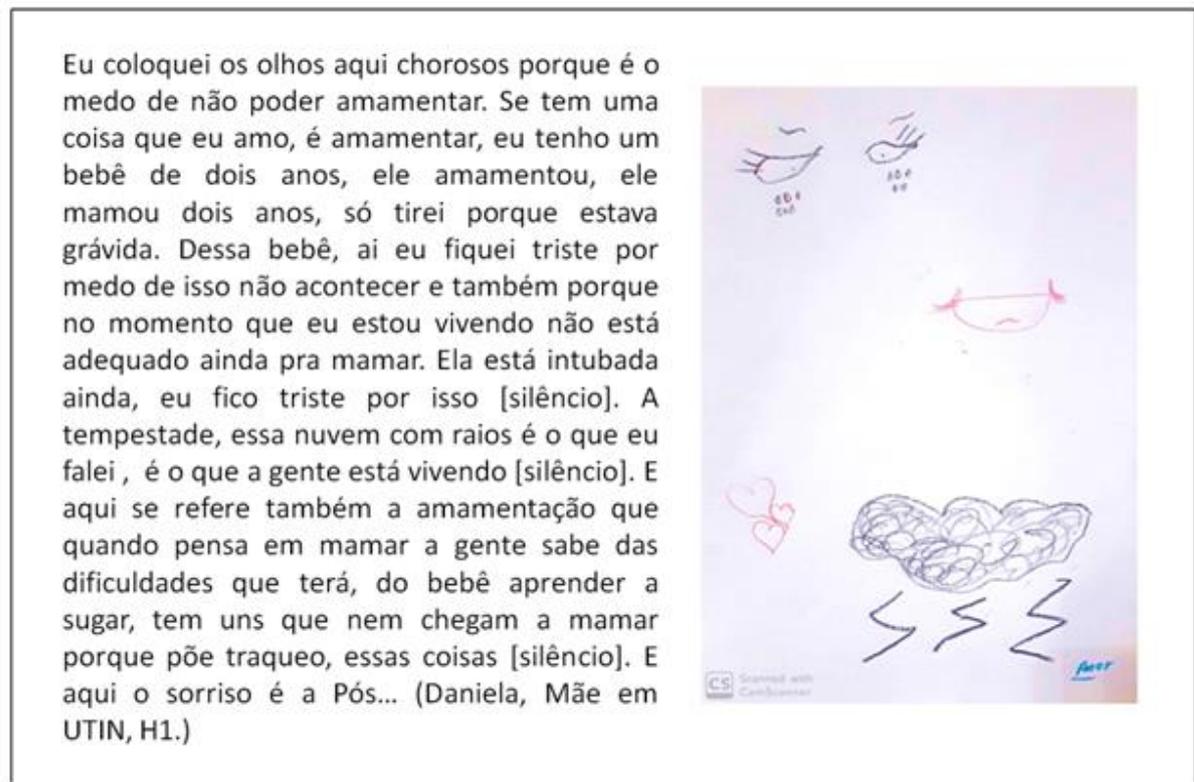
Ao vivenciar o parto prematuro, mães relatam que não planejam ter outro filho, por medo de repetir essa experiência; outras, no entanto, afirmam que tentarão, e que esperam poder sustentar a gestação até o final, pelo tempo considerado adequado, refletindo a influência das diversas pressões sociais, para realização de uma maternidade plena, idealizada.

As mães de RNPT experimentam sentimentos contraditórios face a experiência de prematuridade dos seus filhos, e relatam que estão “SENTINDO-SE CONFUSAS”. Os sentimentos vivenciados oscilam entre a felicidade e a tristeza. A tristeza ocorre ao testemunhar o sofrimento do seu bebê, ou nos momentos em que o boletim informa pioras ou retrocessos; sofrem porque não podem amamentar, ou quando o bebê não suga nas primeiras tentativas. A

felicidade é experimentada ao recordar a superação de dificuldades desde a gestação de risco e o parto complicado; ao julgarem que o desejo de ser mãe foi realizado, apesar de tudo; os momentos em que recebem boas notícias no boletim da UTIN, a sensação de produção do LM e retirada do LM para dar a seu filho e a expectativa de amamentá-los. As mães confessam que o sentimento de alegria é pouco frequente e que a tristeza é predominante.

Daniela denominou-se a mais velha “mãe de UTIN”. Ela tem outro filho de 2 anos, que ela parou de amamentar após a descoberta da gravidez do RNPT. Ela está há 3 meses com o filho na UTIN, com cardiopatia, e ainda não pôde pegar seu filho no colo. Seu desenho expressa a divisão entre a alegria e a tristeza, Figura 10.

Figura 10- Desenho inquérito de Daniela, mãe de prematuro hospitalizado.



Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

Elas relatam que essa alternância de sentimentos provoca dúvida sobre a melhor forma de encarar a situação, não sabem se alimentam a esperança, quando recebem boas notícias, com medo da decepção, ou se aguardam os acontecimentos, com resignação e paciência, sem maiores expectativas, pois vivenciam alternância de boas notícias, com notícias ruins.

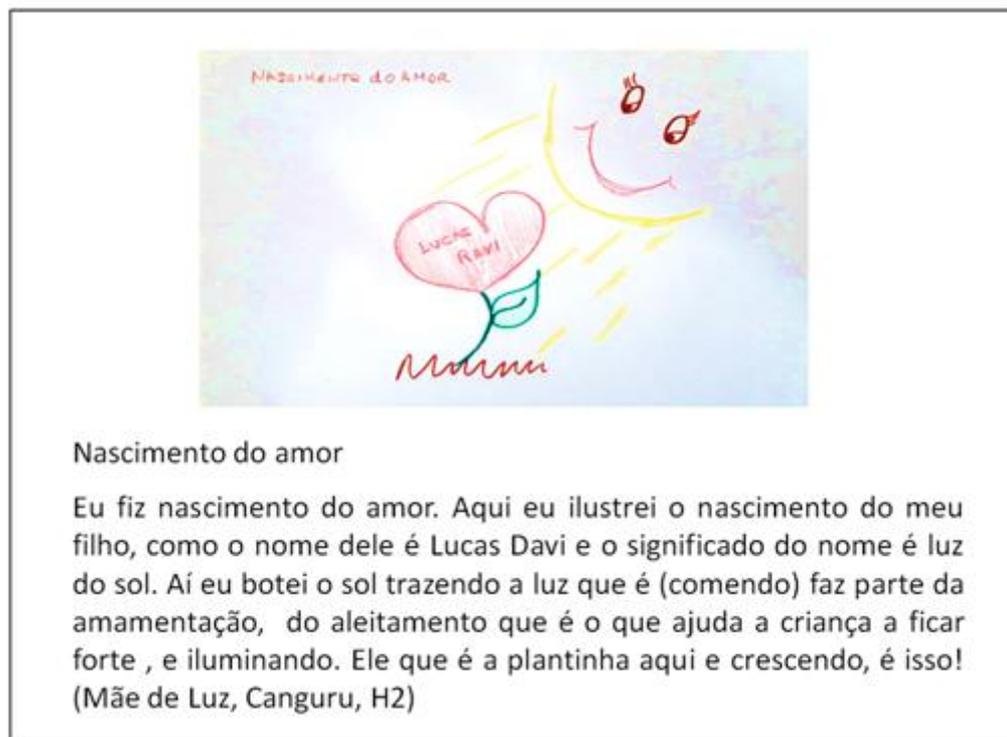
CATEGORIA DE ROTINAS DO PROCESSO: SOFRENDO COM A AMAMENTAÇÃO

As mulheres, mães de RNPT, relatam como elas estavam “SENTINDO A CHEGADA DO LEITE MATERNO”. Para algumas mães, a sensação de mamas cheias se deu no dia seguinte ao parto, para outras, demorou até 6 dias. Ao perceber o processo de produção do LM, elas ficam muito felizes, se orgulham, e fazem questão de quantificar e contar para todos, o volume que conseguiram, ou que sua roupa fica molhada com seu LM, o que para elas representa um sinal da possibilidade de amamentar seus filhos, e ajudar no seu crescimento e desenvolvimento.

Mãe de Luz intitulou seu desenho-estória como “Nascimento do amor”. Ela contou que, no seu desenho, ela compara o efeito do sol para o crescimento de uma planta ao efeito da amamentação para o crescimento de seu filho, Figura 11.

Figura 11- Desenho-estória de Mãe de Luz, mãe de prematuro em Unidade Canguru.

Título: Nascimento do amor



Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

Por vezes, porém, por falta de remoção eficiente do LM, as mães experimentam o “leite empedrado”, e queixam-se de febre, dor de cabeça, mamas inchadas, duras e quentes e

necessitam ser medicadas com antibiótico. Elas sentem muito desconforto com a apojadura, e precisam ordenhar para aliviar, com a ajuda de bombas adquiridas ou do BLH. O destino do LM ordenhado nesse período por vezes foi o descarte, outras vezes, foi o BLH através da doação. Mas essa abundância durou muito pouco para essas mulheres. Elas relataram que seu LM “secou” muito rapidamente, percebido através das “mamas murchas”.

As mães de RNPT referem saber que seus filhos recebem nutrição parenteral e relatam que demora para iniciar os testes de tolerância à alimentação enteral com o LM, momento em que elas então iniciam a ordenha à beira-leito, para oferta via SOG. Nesse processo, elas estão “VIVENCIANDO A TRANSIÇÃO ALIMENTAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO”.

Quando as mães recebem a notícia de que seu filho poderá receber seu LM, fazem tudo que lhe é possível para conseguir suprir as necessidades do RNPT. Estimulam as mamas debaixo do chuveiro, no BLH, ordenham no copo, solicitam dos médicos possíveis medicamentos ou vitaminas na esperança de aumentar a produção do LM. Porém, por vezes, apesar de todo esse esforço elas se decepcionam quando o RNPT por alguma instabilidade clínica necessita interromper a oferta do LM, como, mudanças nos sinais vitais, intolerância alimentar, resíduo gástrico de cor escura, distensão abdominal, dentre outros, que fazem com que se restabeleça a dieta zero e a nutrição parenteral. A partir daí, surge mais um hiato de estimulação mamária, porque, apesar de a equipe orientar a manutenção da ordenha no BLH durante o período de suspensão da ordenha beira-leito, elas desmotivam-se. Neste processo, elas demonstram ainda sofrimento.

"Meu bebê tava chorando, então perguntei à doutora se ele estava com dor, e ela disse que não sabia, mas veio e colocou o dedo na boca dele. Esse menino puxou com uma força tão grande que ela riu muito, "chega morde, chega que morde". Eu então iniciei a ordenha pra dar, pra dar ele, enquanto a técnica pegava a seringa. Mas antes de dar o leite, ela puxa pra ver se tá fazendo digestão. Quando ela puxou, veio um líquido preto, 10mL, ô tristeza muito grande! Ver que ele quer mamar, mas não pode! Foi de doer o coração ver ele chorando, sugando com tanta vontade e... e não aceitar o meu leite! Foi muito triste isso!" (Dani, H1, UTIN).

Elas destacam que, a demora para início/reinício da oferta do LM causa redução na produção do LM. Ao perceberem que não conseguem ordenhar o volume necessário, prescrito pelo médico, por vezes mesmo utilizando remédio, elas se entristecem, pois, seus RNPT demandam a necessidade de complementar sua dieta com outros leites. A tristeza se soma com a angústia, nas situações em que o RNPT não se adapta ao sabor da fórmula e a rejeita, deixando as mães preocupadas, pois ela não consegue alcançar o volume de LM suficiente na ordenha.

As mulheres não gostam do processo de extração do LM do peito, e relatam estar “SOFRENDO COM A ORDENHA”. Elas entendem que a ordenha não é um ato natural, como amamentar ao seio. A ordenha do LM é uma fase complicada para as mães de RNPT, tanto na ordenha manual, que se realiza beira-leito, como na ordenha com auxílio de bomba que ocorre dentro do BLH.

Aba, a mãe do bebê que está no leito 1 aparece. Ela lava as mãos e toca o bebê. Depois, vai ao balcão e pega um copo descartável, vai até a cadeira e começa a fazer a ordenha manual sozinha. Passa 10 minutos para realizar a retirada de leite dos dois seios. Em nenhum momento ela carrega o bebê. Ela troca a fralda do bebê sob observação da profissional de saúde. Logo após, coloca o copo descartável com leite na mesa ao lado da incubadora e volta a se sentar na cadeira. Lá permanece por 3 minutos, com a feição de prostrada. Às 8h45 uma das profissionais de saúde recomenda que volte para a casa da puérpera para que tome banho e se alimente, afirmando que a alimentação regular é essencial para a produção de leite. Ela segue tal conselho saindo dali (31/01/2020, 08:25, H1).

Além de não gostarem da ordenha, expõem-se à avaliação constante de profissionais, e chegam a receber denominações inadequadas.

Carol, chega às 14h35 ao leito onde está seu filho, lava as mãos e pega o copo para a ordenha. Se senta em frente a bebê e retira leite de ambos os seios. Coleta de 14h39 às 15h05, quando profissional de saúde a parabeniza por ter tirado bastante leite e a chama de ‘boa vaca’ (04/02/2020, 14h35min, H1).

Elas relatam que a ordenha por meio de bomba é mais confortável do que a ordenha manual, e que gostariam que o LM que elas extraem no BLH fosse entregue fresco a seus filhos, ou que tivessem bomba para ordenhar à beira do leito. Muitas delas relatam estar com as mamas feridas em consequência da ordenha manual, pois precisam retirar o LM rapidamente, na hora da dieta do bebê.

“É uma frustração não botar no peito, e de ter que ordenhar é horrível, machuca muito, machuca bem aqui, porque é desconfortável, com a mão, machuca muito o peito (silêncio) e porque assim, todo sonho de mãe é ter o bebê, colocar no peito pra mamar... é complicado, muito difícil (+) e quem passa muito tempo, aí vai perdendo a- eu mesmo, a esperança não morre, mas tipo assim eu já vou fazer quatro meses, acho que a minha não- até porque eu acho que eu não tenho mais leite então eu acho que ela nem vai pegar no peito (silêncio) pra mim isso é horrível, porque eu amo amamentar” (H2, M2)

“Logo que o bebê chega que ele tá tomando a dieta, nós vamos ao banco pra não endurecer o peito, né? aí poderia ou reservar pro nosso bebê, quando for, fosse tomar, ou então tipo a minha toma 30ml eu pudesse ir lá no banco tirar lá e descer pra minha filha, entendeu? mas não pode, aí a gente tem que ordenhar mesmo, porque não pode vir, sem pasteurizar sem fazer os processos que tem que fazer. Aqui (na beira do leito) a ordenha é com a mão, e lá tem a

maquininha pra ordenhar. Aí não pode usar a bomba, eles não permitem né” (H2, M2)

Relatam que sofrem muito, pois a ordenha manual as machuca. Elas não conhecem bem a técnica e alegam que não existe uma orientação suficiente por parte dos profissionais de saúde. Afirmam que cada profissional da assistência ensina a técnica da ordenha manual de uma maneira diferente e algumas relatam nunca terem sido ensinadas a ordenhar.

Cris, mãe do bebê que está no leito 6, chega às 14h30. Ela higieniza as mãos e às 14h35 pega o copinho para a ordenha manual, sozinha na cadeira. Apresenta bastante dificuldade em retirar o leite. Manipula constante e intensamente ambos os seios tentando retirar o colostro. Parece não ter muita experiência com tal manobra. Profissional de saúde encosta para averiguar se conseguiu, ela sinaliza que ainda não. Às 15h20 profissional a interrompe dizendo que os 3ml que conseguiu são suficientes. Ela lhe diz que foi melhor que ontem, 2ml, e com o passar do tempo a mãe irá evoluir no processo. Profissional acopla seringa na sonda da criança e a alimenta, sem a participação da mãe. Mãe vai embora às 15h30 (04/02/2020, 14h30min, UTIN H1).

As mães de RNPT relatam que precisam ordenhar a cada 3h, até as 23:30, e por isso dormem muito tarde, tendo uma rotina muito exaustiva por conta da ordenha. E, que costumam ter mais dificuldades para ordenhar a noite, por vezes não conseguindo.

A primeira oportunidade de amamentar foi descrita pelas mães como uma sensação diferente, incrível. As mães percebem que quando seus filhos começam a sugar o seio, suas mamas enchem muito, e elas precisam ordenhar o que excede após as mamadas, porque as mamas ficam túrgidas e doloridas. Alegam que só visitam o BLH para ordenhar quando sentem as mamas cheias demais. Elas entendem que a função da ordenha no BLH é evitar a mastite ou evitar sofrer com as mamas cheias, já que não serve para alimentar seus filhos. Elas não acreditam que a estimulação no BLH as ajude a manter a lactação, pois quando ordenham no BLH de forma frequente, sentem as mamas murchas.

Elas frequentemente demonstram decepção, porque o bebê não suga de forma eficiente. Neste momento, elas estão “EXPERIMENTANDO AS DIFICULDADES DE AMAMENTAÇÃO DO PREMATURO”. Relatam que a criança é preguiçosa e sonolenta, e por isso não sugam o suficiente. Elas vivenciam a angústia do aprendizado lento, pois a sucção demora para se estabelecer e o comportamento sonolento do RNPT torna as mamadas curtas. No processo, as mães são cobradas tanto por profissionais de saúde, como por familiares.

No L5, Mylla, mãe da bebê, volta a tentar alimentá-la. Tenta primeiro um seio e depois outro. Chama a equipe de saúde para ajudá-la, mas eles só atendem seu pedido 35 minutos depois, com o choro da bebê irradiando a UTIN. A

profissional pega a bebê no colo e indica que pegue a seringa para amamentá-la. Então outra profissional vem, tira o RNPT do colo da mãe e a manda lavar as mãos. Enquanto a mãe ordenha um seio, a profissional de saúde balança a bebê no colo tentando acalmá-la. Chega perto de outra profissional e diz em tom baixo "ai fica difícil, ela nem bico do peito tem". Enquanto ordenha o outro peito, a enfermeira dá o LM na seringa acalmando a bebê. Após ordenhar o outro, ela entrega a bebê e a seringa a mãe, para que alimente a bebê. Às 15h45 a avó da bebê chega e fica ao lado da filha que aninha a neném no colo. Ela fala com a filha que a saída da bebê na UTIN está condicionada à sua alimentação adequada. Quando a filha fala das suas dificuldades em amamentar, ela reitera: "não tem nada difícil, você tem que se acostumar. Estimule o peito constantemente". Após a conversa, a avó vai embora e a mãe põe a bebê no leito e vai embora às 16h10. (31/01/2020, 15h, H1)

As mães recebem intervenções da equipe, na tentativa de resolver as dificuldades da amamentação.

Bila, Leito 3. Às 8h35 a mãe chega junto a outras. Ela vai ver o bebê e depois começa a ordenhar os seios sozinha e de forma manual. Parece não ter experiência com a prática pela forma que pressiona o próprio seio. Em dado momento pára, a fim de observar a higienização do bebê que estava sendo feito por uma profissional de saúde. Analisa o quanto de leite já tirou e pergunta quanto é necessário. Ela responde que 15ml é o suficiente. Seu rosto demonstra frustração pelo pouco que conseguiu tirar. A profissional vem e lhe dá instruções de como ordenhar. Enquanto a mãe tenta, tal profissional manipula com o dedo a boca do bebê. Incentiva a mãe dizendo que ela iria conseguir tirar. Depois ela vem ao seio da mãe para estimular a mama e ensinar-lhe. A mãe parece sentir dor quando o seio esquerdo é manipulado. A partir das 9h10, a profissional estimula a amamentação com mãe e bebê juntos. Ela leva o bebê para o colo da mãe, que está sentada, a fim de propiciar a sucção. Usa o dedo primeiro e coloca a boca do bebê no seio materno. Faz o procedimento algumas vezes até às 9h19, mas não obtém sucesso. Profissional vai embora avisando a equipe que mãe não conseguiu amamentar no seio. A mãe fica carregando o bebê na posição canguru até as 9h30. Profissional o coloca no berço novamente às 9h40 e mãe permanece sentada observando bebê. Ela lava as mãos na pia e vai embora às 9h46 (31/01/2020, 08h48min, H1).

As mães de RNPT identificam o uso da SOG como dificuldade para o sucesso da amamentação, além da imaturidade do RNPT. Acreditam que a SOG dificulta o aprendizado da amamentação, pois já entregam o LM no estômago, sem esforço de sucção. E, quando é retirada, os bebês perdem peso, e isso atrasa sua alta. Elas sugerem que a retirada da SOG seja feita mais precocemente. Entendem a imaturidade para a coordenação da sucção-respiração-deglutição, e o risco de broncoaspirar, mas desejam que haja outra estratégia para contornar isso, diferente da SOG, como a estimulação oral precoce e constante.

CATEGORIA DE CONSEQUÊNCIAS: APRENDENDO, REFLETINDO E FAZENDO ESCOLHAS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

Apesar de tudo, as mães seguem FAZENDO QUESTÃO DE OFERECER SEU PRÓPRIO LEITE. As mães não gostam quando recebem leite do BLH e relatam que os bebês também não gostam de outros leites, que reconhecem e cospem. Mas elas abrem exceções: na condição de não conseguir ordenhar na beira do leito no momento da dieta dos seus filhos, elas relatam desejar fazer amamentação cruzada, com alguma companheira de UTIN, mas são impedidas pelos profissionais de saúde. Nessas condições, elas aceitam o leite do BLH, como também para poderem ir para casa descansar no período noturno. Elas relatam saber que o LM é o melhor para seu filho, e que as fórmulas lácteas não são tão boas, e por isso elas ficam por último na hierarquia de sua preferência nesse momento do processo.

Profissional queixa-se da dificuldade de ter leite humano do BLH, devido ao critério de oferta apenas aos menores de 1500g, e justifica que isso leva a oferta de fórmula para aqueles que as mães não ordenham. No final de semana também, por vezes oferta-se fórmula devido ao não funcionamento do BLH. No entanto, observa-se a falta de apoio da equipe ao AM da própria mãe.

Tailane, sai da UTIN as 10:27. O almoço delas inicia-se as 11:40, no refeitório. Profissional comenta que ofertará fórmula caso a mães não retorne até as 12h. As 11:45, técnica administra fórmula ao RNPT (03/02/2020, 10h27min, H2).

As puérperas atribuem sua instabilidade emocional às intercorrências do neonato, e acreditam que esse emocional abalado é responsável pelo insucesso da amamentação. Por isso elas estão “BUSCANDO EQUILÍBRIO EMOCIONAL”.

Relatam que procuram ficar fortes porque acreditam que assim ajudarão seus filhos a se recuperar. E, que se fortalecem confiando na assistência que recebem dos profissionais e sentindo-se acolhidas por eles. Fortalecem-se ainda ao receberem apoio de outras mães de RNPT, que estão na mesma situação e também dos familiares, que ficam no hospital por alguns dias para elas poderem descansar. Além de se motivarem com as reações positivas de seus filhos e do poder das orações.

Elas demonstram confiança na equipe, afirmando que eles fazem o melhor atendimento, e fazem tudo o que podem, quando não resolvem é porque não tinha nada mais a ser feito. Também destacam o acolhimento que recebem da equipe do BLH, que as trata com

carinho, sempre perguntam como elas estão se sentindo e oferecem companhia e apoio para conversar quando elas desejam, o que as deixa mais confiantes na equipe.

Entre as mães de prematuro aflora também a união. Elas dividem a rotina, e compartilham as histórias entre si. Quando existe uma mãe de RNPT que tem mais tempo dentro da UTIN, ela se comporta como uma conselheira em relação às outras, devido às situações que já experienciou. Elas se apoiam mutuamente.

As mulheres também falaram sobre força, tanto reconhecendo que aquele sofrimento as deixava mais fortes, como também cobrando de si força para favorecer o seu filho, pois acreditam que o que sentem passa para a criança, e através de sua força, eles ficarão mais fortes também. Durante o jogo do rabisco, ao olhar para o desenho abstrato, uma mãe de RNPT enxergou uma árvore, e utilizou essa árvore como uma metáfora para se descrever: assim como uma árvore, ela se sente forte e capaz de florescer novamente, mesmo quando ferida.

Quando perguntadas sobre como estão, afirmam que “tem que dizer que está bem”, “tem que rir para não chorar”, “não pode se preocupar, para não secar o LM”. Então elas apresentam uma negativa dos próprios sentimentos. Elas referem a necessidade de superar o sofrimento para não prejudicar sua saúde e conseqüentemente impedir o sucesso da lactação e posterior amamentação do RNPT. Porque precisam “pensar mais no bebê do que em si”. Preferem acreditar que muitas vitórias virão. E cada notícia boa reacende a esperança e mantém o pensamento positivo. Uma mãe de RNPT chega a não querer ouvir o boletim com as notícias do filho, para não se abater.

Relatam também que encontram forças no próprio RNPT, ao perceber suas reações à sua presença, como sorrisos. O óbito de um dos gemelares também é citado como fonte de força para lutar pela vida do outro.

O que mais aparece como fonte de forças é a fé. Essas mulheres afirmam que Deus representa para elas a esperança de levar seus bebês para casa. Não há mais ninguém a quem elas possam recorrer. Somente Ele pode fazer seus bebês melhorarem, porque Ele tudo pode. Se Ele deu fim ao dilúvio e salvou Noé, Ele pode também salvar seu filho. Entregar a Deus é a única coisa que elas podem fazer. Deus também é a única companhia para seus longos dias de solidão. Ele também é o único capaz de entender tudo o que se passa com elas. Ele sabe o porquê de tudo. Se Ele permite isso, é porque “sabe que aguento” e porque poderia ser pior. Por isso elas encontram na divindade a resignação, paciência e calma nos momentos de angústia.

Elas questionam a utilidade da estimulação mamária no BLH, pois relatam apresentar dificuldades de oferta o LM ao filho no momento posterior ao retorno do BLH. Entendem que devem ir ao BLH apenas quando suas mamas estão muito cheias, a fim de evitar sofrimento, ou ainda para doar o LM. Com o passar do tempo, aumenta a sensação de LM insuficiente. Quando já não conseguem suprir o seu filho com seu LM, as mães culpam-se por terem deixado de ordenhar. Dizem-se arrependidas, e por isso estão “ACONSELHANDO A MANTER A ORDENHA”, apesar das dificuldades.

As mães de RNPT relatam conhecimentos sobre amamentação, tanto conhecimentos populares, como aqueles adquiridos de suas vivências, e também aqueles comumente orientados por profissionais de saúde. Elas os utilizam não apenas para suas práticas, como para aconselhar outras mães.

Elas afirmam que alimentar-se bem e beber bastante água faz elas produzirem mais LM. Então, elas estão “ASSOCIANDO A ALIMENTAÇÃO COM A LACTAÇÃO”. Porém, reclamam da alimentação servida no hospital, que acreditam ser insuficiente em quantidade, e também não contém os alimentos que elas acreditam favorecer a produção do LM, tais como o cuscuz, na frequência desejada. Elas questionam ainda a validade da ingestão de muita água para favorecer a amamentação, alegando que bebem muita água e não veem resultado. Observam também estão “AVALIANDO O MÉTODO CANGURU”, e descrevem suas vantagens: relatam que o peito enche mais de LM, que o bebê ganha mais peso e reduzem as intercorrências.

“LEMBRANDO DAS ORIENTAÇÕES DO PRÉ-NATAL”, as mães relatam informações sobre amamentação e refletem sobre a aplicação dessas após a alta hospitalar. Uma mãe relata que no pré-natal foi orientada que não podia fazer o peito de chupeta, e seguirá essa recomendação. Outra relata ainda que ouviu na atenção básica que “depois de 6 meses o LM vira água”, mas reflete que deixará mamar até quando o RNPT desejar. Outra mãe acredita que suas histórias de ter sido ou não amamentada se relaciona com a história de seus filhos, assim como as histórias dos filhos anteriores, pois eles podem “puxar” a algum familiar. Diante disso, ela reflete que não insistirá, pois acredita nessa predeterminação.

As mães de RNPT acreditam que o LM é o melhor alimento para o RNPT. Ele serve para o proteger de doenças e a recuperar-se mais rápido, melhorar o crescimento desenvolvimento, além de fortalecer o vínculo com a mãe, pois acreditam que só quando

começam a mamar, que o filho realmente conhece a mãe, porque existe contato maior, sentem o cheiro e a presença da mãe.

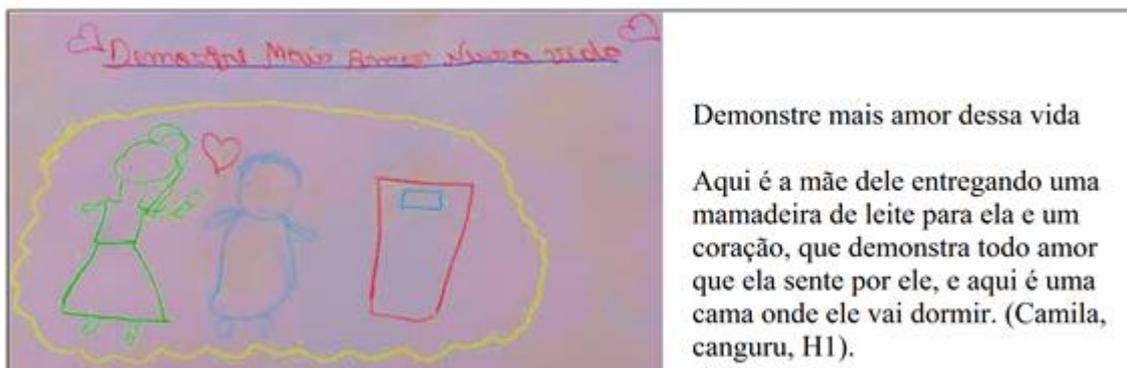
Débora está bem nervosa hoje, ela passa as mãos sobre o rosto e coça a cabeça. Ela refere preocupação, pois seu leite ainda não é suficiente para seu filho, mas o BLH suspendeu o envio, devido ao critério de peso, do qual seu filho acaba de ser excluído. Ela mostra-se disposta a tentar ordenhar pelo tempo que for necessário. Sua filha precisa de 22ml, mas ela só consegue 06ml. Equipe então solicita o complemento naquele horário. Quando o leite chega e é oferecido ao seu filho, a intensidade do alívio é expressado claramente pela genitora, que passa a cantarolar (05/02/2020, 08h50min, H2).

CATEGORIA DA MUDANÇA: PENSANDO EM ALTERNATIVA AO LEITE MATERNO EXCLUSIVO

Quando as mães conseguem volume suficiente de LM para seus filhos, elas seguem “DESEJANDO CONTINUAR A AMAMENTAR”. No entanto, quando ao longo do processo de amamentação do RNPT as mães experimentam desgaste físico e emocional, e dificuldades para manutenção da lactação e frustrações com o insucesso das tentativas de amamentar o filho consequentemente, elas acabam “SENTINDO-SE INSEGURAS COM A AMAMENTAÇÃO EM CASA”, o que as conduz a pensar em modificar seu plano inicial de fornecer exclusivamente o seu próprio LM. Camila relatou que seu filho nasceu com 28 semanas. O parto foi rápido, mas o RNPT apresentou desconforto respiratório, e ela só o viu no dia seguinte. Relata que teve bastante LM, chegou a ter mastite, mas seu filho não consegue mamar, porque cansa. Ela teme que ele perca peso. No seu desenho, que ela intitulou “Demonstre mais amor nessa vida”, ela representou a amamentação através da oferta da mamadeira, e desenhou também uma cama, associando com a hora de dormir, Figura 12.

Figura 12- Desenho inquérito de Camila, mãe de prematuro em Unidade Canguru.

Título: Demonstre mais amor nessa vida.



Fonte: Produzido na coleta de dados do presente estudo.

Por vezes, é ainda no hospital que ocorre a introdução de outro leite ou fórmula, devido a insuficiência do volume ordenhado. As mães reagem com insegurança em relação a suprir plenamente seu RNPT, mas com o tempo elas observam e comparam o comportamento do RNPT ao receber outro leite e passam a visualizar algumas vantagens no AM misto: refletem que favorece seu descanso, especialmente à noite; acreditam que nutre melhor o RNPT, dispensando ter que acordá-lo para alimentar, fato que deixaria o RNPT irritado; entendem que seu LM é mais fraco, em relação aos substitutos artificiais; e começam relatar que estão “PRETENDENDO COMPLEMENTAR O AM COM FÓRMULA LÁCTEA”, ao ver nas fórmulas lácteas uma opção para alimentar seu filhos, considerando que a produção do seu LM está reduzida.

6 DISCUSSÃO

Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a abordar as experiências de amamentação na prematuridade no contexto de hospitalização através da Teoria Fundamentada e a evidenciar as modificações na interpretação materna da amamentação ao longo do processo de hospitalização do RNP. Para abordar essa temática tão sensível, utilizamos triangulação de três técnicas de coleta de dados, o que permitiu exibir uma teoria substantiva robusta, representativa das vivências das mães de prematuros daquele contexto.

Para as mães deste estudo que estavam com seus filhos hospitalizados na UTIN, e ainda não os tinham colocado ao seio, amamentar é um ato estreitamente associado ao estabelecimento do relacionamento com seus filhos, com o toque, com demonstração de afeto. Esse pensamento é compartilhado por outras mães. Elas relatam que amamentar é um ato "mágico", que combina elementos, como amor, carinho e contato pele a pele (JOHNSON *et al.*, 2009). As mães descreveram a amamentação como um presente que elas podem dar aos filhos, e que despertava nelas uma sensação adorável, e assim como as mulheres deste estudo, caracterizaram a amamentação como um ato "incrível" e "bonito" (PALMÉR; ERICSON, 2019).

Assim como neste estudo, para as mulheres, a experiência de amamentar é parte importante do movimento de tornar-se mãe (NIELA-VILÉN *et al.*, 2015; PALMÉR; ERICSON, 2019; IKONEN; PAAVILAINEN; KAUNONEN, 2015; SHATTNAWI, 2015). Em outro estudo, mães reforçaram que amamentar é um trabalho materno determinado fisicamente e moralmente a seu gênero (SWEET, 2008). As mães são levadas a sentir como se a amamentação fosse um processo inteiramente natural (JOHNSON *et al.*, 2009).

As mães de RNPT incluídas neste estudo relataram ansiedade em amamentar seus filhos. Mas além da necessidade emocional de relacionar-se com seu filho por meio da amamentação, se pode entender os comportamentos das mães dos RNPT a partir de uma perspectiva histórica e cultural. O sexo feminino é detentor do domínio específico e genuíno de ser mãe, capaz de gerar outro ser no seu ventre e neste momento, consagrada socialmente ao ápice de sua feminilidade (CAMPOS, 2012). Ao lado dessa característica biológica, confundida com a condição social do gênero feminino, às mulheres são atribuídos papéis sociais que lhes trazem cargas psicológicas intensas, especialmente no momento da maternidade.

A partir do século XX assentou-se a construção do conceito de “boa mãe” associado à imagem de sacrifício e devoção, centrando a figura da mulher na relação mãe-filho (LEAL,

2019). De "boas mães" espera-se que atendam às necessidades de seus filhos, acima das suas, lidando com alegria e paciência com todas as privações que cuidar de um bebê implica (SWEET, 2008). Observamos neste estudo as mulheres negando o próprio cuidado e conforto, em nome do cuidado dos filhos, devotadas, e que referem toda a sua preocupação com a saúde do filho, em detrimento de suas próprias necessidades.

As participantes acreditam que precisam amamentar, porque são mulheres, porque o LM está no seu corpo. A associação do AM com o gênero feminino e a maternidade tem sido contestada hoje, com indivíduos que não se identificam com o gênero feminino e buscam alimentar seus bebês usando seus corpos (SMITH, 2018). A amamentação é um ato complexo, composto de faces diversas, associadas à biologia, gênero, cuidado e amor. Muito mais do que um comportamento de saúde a amamentação é um ato sociocultural, ligado às condições da comunidade e não apenas uma questão de escolha e acesso individual (DYKES; FLACKING, 2010).

Todas essas questões também influenciam a avaliação que as mães fazem dos seus próprios filhos no primeiro encontro. O susto desencadeado na primeira visão do RNPT foi comum às mães deste estudo. Desde a gestação, a mulher cria imagens de seu filho, o bebê fantasmático, que permeia o seu imaginário e amplia sua expectativa sobre o bebê real. O nascimento de um filho com problema de saúde instaura uma crise na puérpera, que o interpreta como fruto de sua própria incapacidade, podendo ocasionar sequelas negativas no psiquismo materno e influenciar diretamente na qualidade do vínculo mãe e bebê no início da vida da criança. A isso se soma as dificuldades orgânicas, psicológicas e sociais da fase do puerpério, período em que a mulher fica drasticamente mais vulnerável, resultando frequentemente em confusão e desespero. A consciência de que a criança real não corresponde à figura do bebê imaginado, acarreta uma experiência de luto, instalando na mãe uma crise narcísica de enviesamento da sua autoimagem, com efeitos sobre sua autoestima, materializada na figura de um bebê pouco belo e não saudável (GOMES *et al.*, 2016).

O primeiro encontro com o RNPT não é marcado sempre pelo amor imediato idealizado, mas pelo estranhamento; mães deste estudo relataram que o sentimento de amor foi surgindo com o tempo. Essa vivência estabelece um conflito e mais uma vez a sensação de culpa na cabeça das mães. O juízo de valor moral relacionado à figura materna traz a exigência de amor incondicional àquele que “nasce de si”. Mas a literatura científica relata que a reação inicial de um “sentimento materno” nem sempre acontece na primeira vez que a mãe vê seu

bebê, dependendo da personalidade da mãe, de sua vivência no período anterior ao parto e durante ele (KROGER, 1962 apud MALDONADO, 1986).

Em seu trabalho com pais de recém-nascidos com mal formações congênitas, Carvalho (2006) discute que, o nascimento do bebê com problemas ocasiona nos pais várias reações, desfazendo-se sonhos, trazendo sentimento de culpa e medo da morte, evidenciando uma crise, demonstrada através da fala, gestos e lágrimas. Dessa experiência surge a sensação de desamparo, sendo necessária uma adaptação ao filho real, desenvolvida com o tempo, de maneira por vezes muito conflituosa. Para as mães, há o sentimento de descontinuidade na relação com o bebê, e elas, inconscientemente, protelam o contato com o bebê real (ROECKER, 2012), como encontrado neste estudo.

Apesar do tempo que as mães levaram para estabelecer o vínculo, elas recordavam vividamente os momentos em que o sentimento materno começou a aflorar. A primeira visita ao RNPT, a primeira vez que o seguraram ao colo e a primeira amamentação foram momentos significativos para tornar a maternidade mais real. O tempo ao lado do filho foi também apontado como responsável pelo processo de nascimento da maternidade, associado ao sentimento de que o bebê pertencia a elas. Segurar o bebê no colo associa-se com intensa vontade de amamentar, independentemente de ter LM (SHATTNAWI, 2015).

Além da imagem do filho, o ambiente da UTIN também provoca um impacto sobre as mães. A UTIN e os equipamentos médicos foram chocantes para muitas mães deste estudo, gerando medo, que se somou aos sentimentos negativos de ter um bebê prematuro. A necessidade de tamanha intervenção tecnológica despertou também em outras mães a sensação de maior gravidade do estado de saúde dos seus filhos, e medo de sua morte a ponto de evitarem estar na UTIN, para diminuir seu sofrimento (SHATTNAWI, 2015).

O estímulo à lactação demora de acontecer dentro da UTIN e está associada à liberação da oferta ao RNPT. Aos achados deste estudo, Sweet (2008) acrescenta que a incerteza sobre a vida do RNPT também se apresenta para os profissionais. Ele discute que a falta de estimulação precoce à lactação materna por parte dos profissionais se associa com o receio de assumir a expectativa da sobrevivência do bebê para as mães, e dos efeitos negativos ao emocional materno em caso de óbito do RNPT. Porém, a falta de encorajamento dos funcionários do hospital leva as mães a crer que o LM não é valorizado naquele momento, além dos efeitos deletérios à fisiologia da lactação que esse atraso pode causar.

As mães deste estudo buscaram em seus comportamentos prévios uma razão para o parto prematuro, demonstrando sentir-se responsáveis pelo desfecho desfavorável ao RNPT, e por isso desejam compensar essa falta ao filho através da oferta do LM. A responsabilização das mulheres pelas afecções dos filhos é questão histórica. Foi no século XX que se intensificou a tendência de responsabilizar as mães pelos problemas surgidos nos neonatos (MALDONADO, 1986). O nascimento de uma criança é um evento público, que traz para a mãe uma série de cargas emocionais, entre elas o julgamento da sua capacidade de gestar um bebê perfeito, que atenda a sua expectativa e as de quem mais o espera; além da avaliação de sua destreza em desempenhar um papel de boa mãe, de acordo aos julgamentos morais contemporâneos. A consciência desses julgamentos alimenta nas mulheres uma série de temores, acompanhados de um conjunto de prescrições, práticas e proibições para evitar desfechos desfavoráveis ao filho (LAGARELHOS, 2012). E quando o desfecho desfavorável acontece, a exemplo do parto prematuro, a sensação de culpa toma conta da subjetividade dessas mulheres.

Esse sentimento esteve também presente em mães participantes de outros estudos. Shattnawi (2015) identificou a “culpa” como uma maneira que os pais respondiam à crise decorrente do parto prematuro. Em outro estudo, as mães discutiram a culpa que sentiram quando os filhos nasceram prematuros e também buscaram os motivos e o que elas poderiam ter feito para evitá-lo; diante disso, entendiam que fornecer o LM era uma maneira de sentir que estavam ajudando seus bebês a crescer e se desenvolver (ROSSMAN *et al.*, 2011). A vontade de amamentar também esteve atrelada com a intenção de compensar a culpa pelo parto prematuro, e motivava as mães a manter a ordenha em grupos diversos de mães (LEE; LEE; KUO, 2009). Mas Obeidat e colaboradores (2009) ressaltam que os sentimentos maternos de alienação, culpa e falta de controle na UTIN foram frequentemente atenuados por apoio, carinho e interações com enfermeiros.

As mães de RNPT participantes deste estudo relataram sentirem-se distanciadas dos seus filhos: inicialmente privadas de sua presença, de informações sobre seu estado clínico, depois de seus contatos, de seus cuidados e de amamentar. As primeiras semanas após o nascimento do bebê são caóticas, implicando em intenso sofrimento para as mães. Esse período é descrito por elas como um tempo perdido, que nunca mais poderá ser recuperado (PALMÉR *et al.*, 2012). A separação do RNPT tem repercussões diretas no AM, pois pode prejudicar a lactação (SHATTNAWI, 2015). A separação física dos bebês foi apontada como a barreira à amamentação mais frequentemente indicada por mães de RNPT (ALVES *et al.*, 2016). Por

outro lado, a proximidade do bebê e a implementação do contato pele a pele foram apontadas pelas próprias mães como intervenções que facilitam a amamentação (GIANNÌ et al., 2016).

Apesar da separação física ser considerada um padrão de cuidado necessário às providências para a sobrevivência do RNPT, ela representa um provável desrespeito inconsciente e uma desconsideração das necessidades emocionais de mães e seus bebês (DYKES & FLACKING, 2010). Assim como neste estudo, Shattnawi (2015) identificou que, diante dessa separação, as mães relataram muitas emoções negativas, ansiedade, estresse, tristeza, medo, culpa, raiva, opressão, dificuldade de aceitação da vivência, estranhamento em relação ao filho, e sentimento de impotência.

Assim como nesse estudo, esses sentimentos também estiveram associados ao distanciamento dos cuidados do RNPT, incluindo não poder amamentar, o que fez as mães sentirem que seus bebês não precisavam delas. As mães do estudo supracitado, relataram ainda outros sentimentos como sentir-se indesejadas e sem importância, e sensação de subordinação à equipe, pois não podiam permanecer ao lado do filho pelo tempo que desejassem, e precisavam solicitar autorização à equipe de saúde (SHATTNAWI, 2015). Vale ressaltar que as mães incluídas neste estudo, que tinham acesso livre nas 24h aos seus filhos. Porém, essa liberdade de acesso ao leito não reduziu a frequência de queixa por não participar dos cuidados dos filhos, fato que recai sobre a postura centralizadora dos profissionais da saúde.

Ofertar o LM, mesmo que através de SOG é apontada como a única atividade materna sentida como valorizada na UTIN. O mesmo acontece com outras mães de outros contextos. Elas se sentem importantes ao poder dar algo que ninguém da equipe de saúde é capaz de fornecer. O fornecimento de LM as faz sentirem-se mães, quando nenhum outro papel de mãe lhes era concedido, caso contrário, tudo o que elas seriam capazes de fazer seria sentar e observar seu bebê, enquanto as tarefas práticas eram realizadas pelas enfermeiras (SWEET, 2008).

Dentro da UTIN, a oferta do LM recebe um significado diferente, que vai além de uma forma de nutrição que sustenta a vida, frequentemente apregoado pelos prestadores de cuidados como uma intervenção que salva vidas com base em seus benefícios imunológicos e nutricionais (VAN WIJLEN, 2019). Isso porém, impõe altos riscos morais relacionados às decisões maternas sobre a alimentação infantil, sem considerar os contextos e complexidades que atuam sobre a 'escolha' das mães (VAN WIJLEN; ASTON, 2019). Nas condições reais, onde as mães não são estimuladas para a lactação precoce, e diante de todos os estressores aos

quais elas estão submetidas, o atraso da lactação e a produção insuficiente de LM são muito frequentes, levando as mães a se sentirem mais uma vez culpadas, por não serem capazes de oferecer o “ouro líquido” ao seu RNPT.

Além das questões emocionais, as mães de RNPT relataram que o desconforto físico que experimentam dificulta a amamentação. Essas mães vivenciam partos complicados, por vezes através de uma cirurgia cesariana, e permanecem no hospital no período pós-operatório, como acompanhante dos filhos hospitalizados. Ficam então no ambiente da UTIN, caracterizado pelas mães deste estudo como triste, com barulhos constantes de aparelhos, com cadeira desconfortável, sentindo frio. Elas experimentam dor, sangramentos, e nem sempre encontram conforto para recuperar-se. Outras mães relataram as mesmas dificuldades. O ambiente altamente técnico, embora seja fundamental para a sobrevivência de seus neonatos, é citado como fonte de angústia, impotência e isolamento para as mães, colocando muitos obstáculos e barreiras aos cuidados de rotina (OBEIDAT, BOND, CALLISTER, 2009).

Ao considerar a amamentação como uma forma de relacionamento, o espaço para essa ação é de extrema importância para as experiências das mães. Assim, a configuração do ambiente deveria levar em conta não só os cuidados biomédicos, mas também as necessidades físicas e emocionais das mães, facilitando uma sintonia na qual existe uma consciência compartilhada e um equilíbrio entre a mãe e o bebê. Mães de outros contextos disseram que um ambiente acolhedor transmitia ideias de que os cuidados prestados eram calorosos e atenciosos, enquanto que um ambiente estéril indicava que o atendimento era frio e técnico (FLACKING; DYKES, 2013).

Vale ressaltar que ambos os hospitais incluídos neste estudo possuem o método canguru instituído, e apresentam rotinas que buscam melhorar a ambiência, tais como o livre acesso dos pais ao recém-nascido, início do contato pele-a-pele ainda na UTI neonatal desde o primeiro toque à posição canguru (a depender das condições clínicas do RNPT e da disponibilidade e aproximação dos pais com o neonato), suporte de equipe especializada (do BLH) à amamentação, e controle dos estímulos ambientais adversos, como odores, luzes e ruídos, com instituição de “horário do soninho”. No entanto, pelos depoimentos e observações nota-se que essas ações precisam ser ampliadas, de forma a qualificar ainda mais a atenção, com estratégias de intervenção biopsicossocial que promova a maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais, e também favoreça o relacionamento com a rede de apoio social das famílias.

Além do desconforto físico, as puérperas deste estudo relataram ainda solidão, apesar de nunca estarem sozinhas dentro da UTIN. Em geral, neste momento, tanto a família, quanto a equipe de saúde priorizam o RNPT, em detrimento da atenção à puérpera (SARMENTO, 2012). Elas relatam sofrimento inclusive pelo distanciamento dos demais membros da família e nesta situação difícil as mães reagem com angústia e resignação (PALMÉR *et al.*, 2012). Além disso, as puérperas deste estudo destacaram sentir muita saudade. Elas sentem falta dos outros filhos, dos amigos, da família. Kantrowitz-Gordon (2013) ressaltam que as preocupações com a vida fora do hospital também geram estresse, pois os pais precisam equilibrar o desconforto físico, o medo do óbito do RNPT e as responsabilidades com o sustento da família e o cuidado dos outros filhos, o que é mais relevante para famílias com recursos econômicos limitados.

Por tudo isso, as mulheres desejam muito voltar para casa. As mães dos RNPT deste estudo acreditam ainda que no conforto de suas casas, elas conseguirão superar as dificuldades de lactação. Em outro estudo, a maioria das mães também relatou vontade de voltar para casa de forma intensa, a sensação de aprisionamento no hospital e o desejo de estar em ambientes externos (DANTAS; SILVA, 2013), assim como encontrado no presente estudo, expresso também nos desenhos.

A preocupação quanto à suficiência de produção de LM foi observada neste estudo, bem como em mulheres de diversos outros (ALVES *et al.*, 2016; GIANNÌ *et al.*, 2016). Ao entrar em contato com a cultura organizacional do hospital onde permanece por muitos dias, as mulheres recebem informações que influenciam suas atitudes. A sensação materna é que, para a equipe de saúde, o objetivo é conseguir o volume prescrito pelo médico, nos horários pré-determinados, para que o LM desempenhe um papel essencial nos resultados da criança, particularmente em termos de crescimento, desenvolvimento e fortalecimento imunológico (FLACKING, DYKES, 2010). Para tanto, essas mulheres têm seu comportamento de amamentação monitorado e avaliado constantemente como adequado ou inadequado, com produção suficiente ou insuficiente, o que tem importante impacto no psicológico dessas mães (JOHNSON *et al.*, 2009). Neste contexto, as mulheres mudam sua interpretação sobre o que é amamentar, trocando as variáveis subjetivas relacionadas ao afeto, pela objetividade, restrita a uma forma de alimentar o filho, para que ele ganhe peso e alcance os critérios para a alta hospitalar.

A percepção de produção insuficiente de leite materno tem prejuízos ao psicológico materno, pois reforça nelas a sensação de deficiência, com impacto negativo na amamentação

a longo prazo. Como efeito, elas passam a se culpar por seu corpo e suas ineficiências. Nesse contexto, as mulheres começam a amamentar com dúvidas sobre as suas próprias habilidades, o que se soma às cobranças sociais do discurso da feminilidade (JOHNSON et al., 2009). Elas sentem-se decepcionadas, mas seguem esforçando-se ao longo de várias etapas do processo de hospitalização do RNPT, apesar da sensação de inadequação que as acompanhar (SWEET, 2008). Esses achados revelam que é preciso um olhar diferenciado para o tema. É possível que a escuta ativa, e as informações concedidas de acordo com as demandas individuais facilite o diálogo e a intervenção da equipe com o binômio. Os profissionais precisam transformar sua prática para que as mães absorvam a informação real: o LM é muito mais que “nutrição” ou “vacina”.

A avaliação da estética das mamas constitui-se mais um aspecto que afetou a subjetividade das mães neste estudo. As dificuldades com a amamentação incluem as mudanças corporais nos seios das mães, em alguns casos, muito penosas, prejudicando a autoestima dessas mulheres (ERICSON; PALMÉR, 2019). Por detrás das cobranças por um padrão de beleza dos seios femininos está a imagem de seios como objetos sexuais, dissuadindo o ato de amamentar. A objetificação social do corpo das mulheres e, mais especificamente, a sexualização dos seios se opõe à visão de seio como meio de alimentação infantil, resultando em cheiros específicos e flacidez posterior incompatíveis com o objeto de desejo sexual (PALMER, 2009). Diante disso, estabelece-se mais um fator concorrente para a amamentação na cabeça das mães.

Além disso, a vigilância frequente de todos, incluindo profissionais de saúde, familiares e amigos constitui-se como pressões para que essas mães se adequem às normas da sociedade, que inclui a obrigação da amamentação com o objetivo de garantir o devido desenvolvimento e sobrevivência dos filhos. As mães deste século, assim como em todos os outros, enfrentam conflitos entre expectativas e atitudes em torno da amamentação que estão em desequilíbrio na sociedade. Ao mesmo tempo em que ouvem que o LM é o melhor alimento para seu filho, elas precisam decidir em meio a práticas socioculturais contraditórias, como a cultura da mamadeira e do mingau, a repressão moral à amamentação em locais públicos (muitas vezes negada) e as dificuldades de manutenção da amamentação no retorno ao trabalho. Assim, a decisão de amamentar vai muito além da escolha, envolve questões emocionais e sociais, ligadas ao gênero e às posições de privilégio e poder (VAN WIJLEN; ASTON, 2019). Tudo isso deixa as mães confusas.

Além de confusão, as mulheres experimentam sentimentos diversos. O período posterior ao parto é permeado por sinais e sintomas emocionais de intensidade e variedade

extremas, havendo recorrência na ambivalência de humor, tristeza e alegria, vivenciados lado a lado com a efervescência do nascimento de um filho. Neste estudo, apesar de afirmarem que a tristeza é predominante, as mulheres relataram momentos de alegria, associados às reações do RNPT aos seus contatos, bem como às suas melhoras clínicas. Sabe-se que a busca pelo equilíbrio psíquico materno é fundamental, pois traz benefícios não só para elas, como também ao psiquismo do bebê no processo de individuação do sujeito (SARMENTO, 2012). Diante das dificuldades de amamentar as mães podem se sentir perdidas na maternidade, além de ter dificuldades em estabelecer um relacionamento com o bebê. Sob tais circunstâncias é difícil sentir alegria (PALMÉR et al., 2012).

O stress emocional decorrente das intercorrências do RNPT foi apontado pelas mães como fator causador de sua dificuldade de lactação. O que é corroborado pelos conhecimentos científicos atuais. A hospitalização está associada a ansiedade e estresse que inibem a ocitocina materna, com efeito negativo no LM. Portanto, essas mães constituem uma população vulnerável à crise da lactação. É alta a frequência de mães de RNPT relatam insuficiência do LM (MATHUR; DHINGRA, 2009). Diante disso, as mães deste estudo esforçam-se para reduzir o efeito do seu estado emocional na produção de LM.

Elas relatam que procuram manter-se fortes, e que ganham força compartilhando com outras pessoas as suas vivências, sejam familiares, profissionais de saúde ou outras puérperas. Neste estudo, mães relataram ter recebido assistência acolhedora de profissionais da saúde no BLH. Esse apoio tem sido fundamental para o enfrentamento da experiência de hospitalização de seus filhos também em outros contextos (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Quando o profissional está presente, vê a mãe e tem a capacidade de entender e ajudá-la de uma maneira individual e única, isso alivia seu estresse e cria uma atmosfera pacífica que fortalece a confiança das mulheres em si mesmas e no RNPT. Nesse compartilhamento, o ônus das dificuldades é diminuído (PALMÉR et al., 2012). A política nacional de humanização ressalta que a criação de vínculos solidários oportuniza transformação da realidade vivenciada pelos sujeitos (BRASIL, 2013).

Outra dimensão do compartilhamento que foi citada pelas mães deste estudo para seu fortalecimento foi conversar com outras mães de RNPT. Essa interação reduz o sentimento de estar sozinho e traz alívio, ao saber que outras mulheres estão na mesma situação (PALMÉR et al., 2012). Além disso, as participantes deste estudo relataram buscar na fé seu fortalecimento. A presença da espiritualidade no dia-a-dia da internação e no discurso das mães foi associada à ideia de esperança, conforto e alívio (OLIVEIRA et al., 2013). A doença frequentemente causa

sofrimento e desencadeia a busca de significados, na tentativa de entender a experiência crítica. Esses significados podem ser moldados por crenças e inseridos em histórias de fé e entendimento do sagrado, facilitando a descoberta de respostas às questões existenciais que emergem dos problemas de saúde e da possibilidade de morte (BOUSSO *et al.*, 2011).

A chegada do LM foi percebida pelas mães de RNPT de forma muito positiva. Assim como mães de outro estudo, que se sentiram gratas e fortalecidas pela resposta corporal positiva da amamentação. Elas sentiram orgulho da amamentação e consideraram-se privilegiadas por poder experimentar essa situação. As mães relataram espanto com a capacidade do corpo produzir LM suficiente para o seu bebê crescer, considerando sua apreensão de que isso poderia não acontecer. Mas a felicidade é seguida de sofrimento, decorrente do não esvaziamento completo das mamas e do ingurgitamento, dor e febre, que conduzem a estresse, ansiedade e frustração (ERICSON; PALMÉR, 2019).

Quando as mães são orientadas a ordenhar para iniciar a oferta da alimentação enteral dos RNPT, elas se sentem muito felizes, e se esforçam para conseguir o volume necessário. A alimentação do RNPT com seu LM coloca as mães como protagonistas (QUITADAMO *et al.*, 2018). A oferta de LM, mesmo sem sucção direta ao seio é uma atividade materna única, que auxilia no fortalecimento emocional das mães, que passam por este período crítico (WU *et al.*, 2015).

No entanto, por vezes a reação do RNPT à primeira oferta de alimentação enteral não é a esperada; quando eles apresentam sinais de intolerância ao LM, as mães se abatem profundamente, pois acreditam que seu filho “rejeitou” seu leite. As mães avaliam sua “capacidade de ser mãe” através das reações e respostas da criança ao seu LM; com isso, sentem-se “derrotadas” quando a alimentação do RNPT com seu LM precisa ser interrompida. As expectativas abaladas minam a autoconfiança, o que implica na desvalorização de si mesmo; e essas expectativas não eram apenas delas, mas também dos profissionais, dos parceiros, dos familiares e dos amigos, gerando nas mães uma necessidade defender-se dos julgamentos, e de não revelar o que entende como seu fracasso (PALMÉR *et al.*, 2012).

Apesar de representar oportunidade de ofertar seu LM ao RNPT, a ordenha é uma prática considerada desagradável pelas mães deste estudo, por considerar um método não natural e que as machuca. Em outros contextos, a opinião das mães sobre a ordenha variou entre positiva e negativa. A continuidade da dor para a oferta do LM foi apontada como fator para interrupção da ordenha (KELLEHER, 2006). De forma diferente, para outras mães que

sofrem com dor na amamentação direta ao seio, a ordenha mecânica foi considerada uma fonte de alívio, uma forma de gerenciar a dor (JOHNSON *et al.*, 2009). Vale ressaltar, que nos hospitais incluídos neste estudo, a ordenha mais frequente é a manual, à beira do leito do RNPT.

Assim como neste estudo, outras mães também manifestaram profunda aversão ao processo de ordenha, pois não gostavam do ato físico de usar uma bomba de mama e dos inconvenientes do estilo de vida necessários para sustentar um volume adequado de LM (ROSSMAN *et al.*, 2013). As mães se sentem sobrecarregadas, porque só elas podem ordenhar para os filhos, nenhum outro familiar (PALMÉR *et al.*, 2012); além de desconfortável o ato de ordenhar é desgastante (KAIR *et al.*, 2015).

A ordenha significa interrupção do contato com o RNPT e objetivação do LM, ao restringi-lo ao seu papel nutricional. As dimensões relacionais e emocionais do processo de amamentação, elementos importantes que também desempenham um papel na manutenção do LM, se perdem no ato da ordenha. Por isso, as mães veem a ordenha como uma tarefa e uma exigência de produção de LM, que restringe-se a um ato unidirecional, que pode requer suplementação e supervisão de profissionais (DYKES, 2005).

As mães queixam-se de ter seus corpos expostos e acessados frequentemente pelos profissionais, no intuito de auxiliar com a ordenha, o que as faz se sentirem objeto de produção de LM. Quando não conseguem ordenhar o volume suficiente, sentem-se como um objeto defeituoso, dando origem à insegurança (PALMÉR *et al.*, 2012). Uma mãe de outro estudo declarou que a ordenha era um ato embaraçoso e humilhante, que a fazia sentir-se como uma vaca ligada a uma máquina, mas apesar de tudo isso, mantinham a ordenha para ajudar seus bebês (ROSSMAN *et al.*, 2013). Mesmo as mães que se mantêm assíduas à ordenha, relatam aspirar serem capazes de amamentar exclusivamente e ordenhar o mínimo possível (KAIR *et al.*, 2015).

Apesar de todas as dificuldades, a ordenha é entendida como necessária, e não deixa de ter seus benefícios percebidos, como a satisfação por poder participar de alguma forma dos cuidados do RNPT através da alimentação (HURST; ENGBRETSON; MAHONEY, 2013). Mas mães de outro estudo relataram ignorar as tensões e dificuldades da rotina da ordenha, devido à importância que elas davam ao sucesso dessa prática para a saúde de seu filho e para o seu senso de realização da maternidade. Além disso, a percepção da valorização da oferta do LM no ambiente neonatal estimulava elas a esforçarem-se para serem vistas como persistentes e boas mães (SWEET, 2008). As mães descreveram a ordenha do LM como frustrante e difícil,

no entanto, eles também relataram orgulho em ordenhar LM para seus bebês enquanto não conseguiam amamentar diretamente no peito (ERICSON; PALMÉR, 2019).

O conhecimento coerente e preciso sobre as técnicas de ordenha e seus benefícios pode atuar como facilitador para sustentação da oferta do LM (ALVES *et al.*, 2013; GIANNI *et al.*, 2018). Porém, da mesma forma que foi apontado pelas mães de RNPT deste estudo, outras relataram que as orientações dos profissionais de saúde são divergentes, e isso as deixa confusas. Nessas circunstâncias, elas se veem obrigadas a avaliar cada cuidador para decidir em quem confiar. Os conselhos diferentes vão desde os intervalos de ordenha e pega fixos, a livre demanda através do reconhecimento dos sinais de prontidão do RNPT (PALMÉR *et al.*, 2012).

Quando a rotina da ordenha se encerra, surgem outros sofrimentos. As mães de RNPT relataram muitas dificuldades no início da amamentação do RNPT ao seio. Assim como neste estudo, outras mães relataram como um dos principais problemas o comportamento do RNPT, como a recusa em mamar e a fraca sucção (ERICSON; PALMÉR, 2019). A necessidade da intervenção de profissionais no ato de amamentar nem sempre é bem compreendido pelas mães. Elas se veem obrigadas a dar acesso ao seu corpo, com toques nas mamas duradouros no intuito de colocar o mamilo na boca do RNPT, aos quais as mães subordinam-se na esperança de superar dificuldades. Isso dificulta a interação do RNPT com as mães (PALMÉR *et al.*, 2012).

Neste estudo, as expectativas de realização do desejo de amamentação foram grandes durante todo o percurso desde o nascimento do RNPT, porém, em muitos dos casos, culminou com decepção. Quando a criança é colocada no peito, mas fica agitada, não busca a mama e chora, a mãe se sente rejeitada pelo bebê. As mães traziam a visão de que amamentação é um ato natural e, portanto, fácil, algo que qualquer mulher poderia gerenciar, o que é rompido com as dificuldades. Como consequência, enfraquecem a imagem de si mesmo como mãe, conduzindo a sentimentos de derrota e sensação de desorientação no caminho da maternidade, e até ruptura da conexão com o RNPT, denominada como alienação (PALMÉR *et al.*, 2012).

Ao experimentar esse processo, as mães deste estudo buscam explicações para as dificuldades. Elas citaram alguns pontos que elas acreditam que interferem na amamentação. Pontos que vão desde conhecimentos populares até aqueles decorrentes de suas experiências de hospitalização do filho prematuro. Dentre eles, a crença de que a alimentação recebida no hospital interfere na sua produção de LM, tanto pela sua quantidade como pela composição; elas entendem que precisam de um quantitativo de alimentação maior, e que existem alimentos

com efeito lactogênico. Essa crença é comum a diversas mães em diversos locais do mundo, e são transmitidos por gerações através da tradição. Mulheres americanas acreditam que o chá de folhas do algodoeiro é lactagogo; já os chineses utilizam-se de uma mistura de gordura de porco, grão-de-bico, sopa de lulas, cabeças de camarão, com vinho doce feito de arroz glutinoso adicionado de insetos. Quanto à ingestão de água, outras mães acreditam que aumenta a produção de LM, diferentemente das mães deste estudo (ICHISATO, S. M.; SHIMO, 2001).

Neste estudo, as mães relataram sentir importante aumento da produção de LM ao consumo de cuscuz. O cuscuz aparece em destaque no cenário nacional como alimento lactogênico, segundo o saber popular. Ao lado do cuscuz, aparecem outros derivados de milho como a canjica e a sopa de fubá, e outros alimentos como a água inglesa, a cerveja preta, o arroz doce, a canja, leite, mingau de arroz, caldo de feijão, caldo de peixe, caldo de carne, açai, carne branca, couve, queijo, goiabada, chá mate e gema de ovo (BITAR, 1995). Em relação à quantidade, mães entrevistadas no Brasil relataram que precisam comer mais, para o LM não tornar-se fraco (CAMPOS *et al.*, 2011). A ciência tem frequentemente classificado esses saberes populares como mitos, sem que se realizem pesquisas científicas para avaliação dos possíveis efeitos. A OMS afirma que a quantidade alimentar materna somente interfere na produção do LM em casos de extrema desnutrição na nutriz; nas demais haveria alterações apenas na composição de micronutrientes.

A educação em AM tem sido praticada na atenção básica; porém, assim como descrito pelas mães deste estudo, as informações passadas nem sempre têm sido adequadas, evidenciando a necessidade de preparo dos profissionais para esta ação. Mas as intervenções educativas são importantes. Estudo evidenciou que as mulheres que receberam orientação acerca do AM, seja durante as consultas de pré-natal ou nas atividades educativas realizadas pela equipe de Nutrição possuíam menos chance de afirmar que o LM é fraco (CAMPOS *et al.*, 2011).

A cultura e as crenças têm influenciando de forma crucial o AM. Esquecemo-nos de respeitá-los, ditando-lhes normas e condutas, até modelos de saúde impostos. A educação popular em saúde pressupõe o comprometimento com as classes mais vulneráveis, valorizando sua cultura, linguagem, iniciativas, ideias, sentimentos, interesses e o seu saber popular, construído por suas experiências. Contudo, não se contrapõem nem ambiciona sobrepor o saber científico, mas sim agir dialogicamente com este (BRASIL, 2013). Não encontramos estudos que tenham avaliado o efeito do cuscuz ou outros lactogênicos, segundo o saber popular na quantidade de LM produzido.

Todas as mães deste estudo faziam questão de oferecer seu próprio LM, ao invés de leite humano do BLH ou fórmula. Da mesma maneira, que em outro estudo, onde as mães utilizavam a expressão 'meu leite' de uma maneira enfática, realçando seu valor (SWEET, 2008). Porém, o que essas mulheres vivenciam com frequência é a oferta de leite humano doado e pasteurizado ou fórmula láctea, devido ao conforto da disponibilidade desses, sem que haja necessidade de trabalhar a lactação e a ordenha da mãe do RNPT, configurando um “descarte” do LM da própria mãe, sem que haja a decisão desta de fornecer ou não seu próprio LM. Essa postura de alguns profissionais de saúde tem impacto emocional nas mães, que possuem o desejo de serem as únicas provedoras do LM aos seus bebês, pois sentem-se podendo fazer algo por eles (ESQUERRA-ZWIERS et al., 2016). O sucesso da AM está relacionado com sentimentos de satisfação e empoderamento (NIELA-VILÉN et al., 2015).

Neste momento do processo, as mães entendem que amamentação possui, além de papel na formação do vínculo com o RNPT, um importante papel nutricional e imunológico. O conhecimento sobre os benefícios do LM é ao mesmo tempo encorajador (GIANNÌ et al., 2016) e causa de stress pois gera preocupações quanto ao volume ordenhado durante a hospitalização do neonato na UTIN (IKONEN; PAAVILAINEN; KAUNONEN, 2015; KAIR et al., 2015). As mães frequentemente se referiam ao LM como “o melhor” para seu filho, neste como em outros estudos e cobram-se por alcançar o ideal de “boa mãe”, como um moral da amamentação (SWEET, 2008).

As mulheres deste estudo faziam questão de relatar o volume ordenhado, especialmente quando era abundante. Johnson e colaboradores (2009) destacam que as mães incluídas em seu estudo relataram ser importante o monitoramento dos seus volumes de LM, para garantir a elas que estão produzindo o suficiente para seu filho, o que as deixa mais tranquilas (VAN WIJLEN, 2019). No entanto, a objetivação do LM pode implicar em mais pressão sobre essas mães, principalmente quando seu volume ainda não atende ao solicitado pela equipe.

As mães revelam o conhecimento de que as características do LM são superiores às fórmulas, não tão boas, e esforçam-se para poder dar seu LM para seus filhos, assim como mães participantes de outros estudos (JOHNSON et al., 2009). Porém, elas experimentam muitas dificuldades, e cobram-se numa luta desesperada para superá-las, e encontrar a harmonia sonhada na AM. Ao mesmo tempo, desejam reestabelecer sua dignidade de mãe, posta a prova pelas dificuldades e se veem obrigadas a enfrentar tudo isso sozinhas (PALMÉR et al., 2012). Algumas mães, como as deste estudo, experimentam o insucesso na AM, e culpam-se por não

haverem tentado mais. Esse fracasso de aceitação levou à tristeza e lamentação por vislumbrar a perda do AM, que foi emocionalmente difícil de lidar. (ERICSON; PALMÉR, 2019).

As mães de prematuros deste estudo vivenciaram desgaste físico, emocional e dificuldades de amamentar exclusivamente seus RNPT. Mesmo necessitando de complemento com outros leites, elas mantinham o esforço de ofertar seu próprio LM. Isso também foi observado entre outras mães de RNPT. Elas mantiveram um cronograma regular de ordenha porque acreditavam que, embora não suprindo completamente seus bebês, ainda estavam os beneficiando da quantidade de LM que podiam fornecer (ROSSMAN et al., 2013). Pudemos observar que a dimensão da amamentação como relacionamento enfraqueceu-se ao longo do internamento, e o motivo para oferta do LM passou a se concentrar nos efeitos dele para a saúde do RNPT.

Neste momento do processo, as díades mães-RNPT já superaram as dificuldades da UTIN, os RNPT já não possuem o risco crítico de morte, e elas estão com os filhos na fase canguru, quando já podem ofertar todos os cuidados necessários. A amamentação não é mais a única forma de relacionar-se com o RNPT. Além disso, elas estão exaustas, por todo o processo que vivenciaram. Mães de outro estudo relataram que a amamentação foi para elas como um trabalho, uma situação exaustiva, dura e imprevisível, que as fez experimentar estresse, além de sentimentos de sobrecarga, por ser o único responsável por amamentar. Elas relataram sentirem-se ainda frustradas quando, apesar de todos os esforços, precisaram de outros leites (ERICSON; PALMÉR, 2019).

Neste contexto, as mães começam a reavaliar seu anseio de amamentar exclusivamente seus RNPT; começam a pensar que a utilização de fórmula após a alta hospitalar poderá trazer benefícios para elas e seus bebês, pois demonstram crer que as fórmulas vão deixá-la descansar, fazer o RNPT dormir melhor, e serão a alternativa quando elas não tiverem mais LM, perspectiva que vislumbram diante da produção diminuída.

Pesquisa demonstrou que a intenção de amamentar modificou-se ao longo da hospitalização do RNPT. Em geral, a meta de fornecer LME é mais prevalente nos primeiros 15 dias do que antes do parto, para a maioria das mães; porém, há uma reversão dessa tendência ascendente à medida que a hospitalização na UTIN progride, possivelmente devido à comum menor produção do LM e a maior estabilização do estado de saúde dos bebês (HOBAN et al., 2015). Outro estudo destaca que, ao longo do processo, os conhecimentos adquiridos e as experiências individuais vão motivando as mães a buscar seu o caminho da

amamentação, entre as suas necessidades, as necessidades do filho, as normas morais e as opiniões vigentes de pessoas próximas e dos profissionais de saúde, seja porque descobriu desconforto ou desmotivação, ou qualquer outra necessidade pessoal única dela ou do RNPT (ERICSON; PALMÉR, 2019).

Nenhuma das mães deste estudo relatou intenção de parar de amamentar. Mas em outro estudo, algumas mães desistiram da amamentação depois de se sentirem incapazes de fornecer o volume suficiente para atender as necessidades de seu bebê (SWEET, 2008). Outras mães ainda relataram intenção de utilizar outro leite no intuito de facilitar a participação de outras pessoas na alimentação do RNPT (JOHNSON et al., 2009).

Acreditamos que ao realizar o convite para participar desta pesquisa expondo seus objetivos, assumimos um viés eticamente impossível de se desvencilhar: a possibilidade de incluir apenas participantes que apresentam afinidade com o tema em questão. Além disso, apesar da utilização dos grupos focais como técnica de coleta propiciar a exposição da intersubjetividade, que é objeto de interesse para este estudo, ela traz também limitações, como a atuação de sujeitos com perfil mais influente na persuasão de outros e a omissão daqueles com perfil mais introvertido, apesar dos esforços do pesquisador na mediação dessas situações.

A despeito dessas limitações, o conhecimento gerado neste trabalho é um importante passo, de outros que ainda são necessários para que esta teoria substantiva seja ampliada para chegar à categoria de teoria formal. É necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que integrem todos os demais sujeitos citados pelas mães por estarem envolvidos nos problemas delineados neste modelo teórico, para levantamento de seus conhecimentos e experiências acerca da amamentação na prematuridade.

Além disso, faz-se pertinente a realização de um estudo de validação deste modelo teórico pelo próprio público de mães de prematuros, explorando suas outras potencializadas na comparação com mães de diferentes características socioeconômicas, e em diferentes contextos de assistência hospitalar, de forma a permitir a construção de planos de ação a serem executados e avaliados para constante melhoria da qualidade da assistência à amamentação e promoção da saúde materno-infantil.

Este estudo foi capaz de expor as experiências maternas e assim propiciar compreensão das suas atitudes e sentimentos em relação à amamentação. Esse conhecimento permite que os profissionais e também os estudantes em formação estejam mais preparados para prestar um cuidado humanizado a este público.

7 CONCLUSÕES

A experiência de amamentação na prematuridade tem uma dimensão fortemente subjetiva. No início do processo de hospitalização do RNP, a amamentação é vista como relação afetiva, permeada pela sensação de dever materno não cumprido, diante da interrupção precoce da gestação, que é fator motivador do intenso desejo de amamentar exclusivamente. Porém, a partir das vivências do percurso, com as dificuldades derivadas do ambiente, da relação com os profissionais e das próprias limitações de sua lactação, amamentar passa a significar para elas uma forma de contribuir para a saúde do filho prematuro. Assim, o desejo de ser a única provedora da alimentação do RNP substitui-se pelo plano de realizar a amamentação de acordo com suas reais possibilidades, seja ele misto ou exclusivo.

O apoio à amamentação na díade mãe-RNPT deve ser dado de acordo com aos seus desejos e necessidades. A amamentação não pode ser a única atividade do cuidado ao RNPT concedida à mãe, pois elas precisam sentir-se conectadas a eles, independente da amamentação, de forma a encontrar seu lugar enquanto mãe. A amamentação precisa ser vista como um direito da mulher, não como um dever decorrente de seu sexo ou da necessidade do RNPT

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, João Aprígio Guerra De. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*, 1999.
- ALMEIDA, M. F. de. et al. Hypothermia and early neonatal mortality in preterm infants. *Journal of Pediatrics*, [S.l.], v. 164, n. 2, p. 271–275, 2014.
- ALMEIDA, T.S.O. et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.17, n. 3, p. 301-308, 2013.
- ALVES, Elisabete *et al.* Factors Influencing Parent Reports of Facilitators and Barriers to Human Milk Supply in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Human Lactation*, v. 32, n. 4, p. 1–9, 2016.
- ALVES, Elisabete *et al.* Parents' views on factors that help or hinder breast milk supply in neonatal care units: Systematic review. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, v. 98, n. 6, p. F1–F7, 2013.
- ANDREWS, Tom. Assuntos ontológicos na pesquisa qualitativa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 25, n. 3, p. editorial, 2016.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, 2014.
- ARIÉS, PHILIPPE. História social da criança e da família. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, 279p.
- BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARATA, J. O Banco de Leite Humano em 15 anos. *Anais do Instituto Fernandes Figueira*, 1:41-52,1960.
- BARBIERI, Carolina Luisa Aalves; COUTO, Márcia Thereza. Amas de leite e a regulamentação biomédica do aleitamento cruzado: contribuições da socioantropologia e da história. *cadernos de história da ciência*, v. VIII, n. 1, p. 61–76, 2012.
- BAUER, Martin W; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som : um manual pratico*, 2002.
- BERNARDOA, W. M. et al. Effectiveness of probiotics in the prophylaxis of necrotizing enterocolitis in preterm neonates: a systematic review and meta-analysis. *Journal of pediatrics*, St. Louis, v. 89, n. 1, p. 18-24, 2013.
- BIXBY, Christine *et al.* A Multidisciplinary Quality Improvement Approach Increases Breastmilk Availability at Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit for the Very-Low-Birth-Weight Infant. v. 11, n. 2, p. 75–79, 2016.
- BLENCOWE, H. et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *The Lancet*, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1–9, 2017.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MACHADO, Márcia Tavares. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará*, v. 1, n. 1, p. 8, 2005.

BOUSSO, Regina Szylit *et al.* Religious beliefs, illness and death: Family's perspectives in illness experience. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 45, n. 2, p. 391–397, 2011.

BOWER, Katherine *et al.* “I Had One Job and That Was to Make Milk”: Mothers' Experiences Expressing Milk for Their Very-Low-Birth-Weight Infants. *Journal of Human Lactation*, v. 33, n. 1, p. 188–194, 2017.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. 2012 p. Publicada no DOU no 12, 59.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO No 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. 2016 p. Publicada no DOU no 98, 44-46.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO No 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018. 2018 p. Publicada DOU No 135, 55.

BRASIL. *Constituição Federativa do Brasil*, 1988

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção à Saúde do Recém-Nascido*, 2014. v. 1. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, Departamento De; BÁSICA., Atenção. *Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar*, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Atenção Humanizada ao Recém - Nascido*, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde, 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRIERE, Carrie Ellen *et al.* Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. *Applied Nursing Research*, v. 32, p. 47–51, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.04.004>>.

CAMPBELL, Angela G.; MIRANDA, Patricia Y. Breastfeeding Trends Among Very Low Birth Weight, Low Birth Weight, and Normal Birth Weight Infants. *Journal of Pediatrics*, v. 200, p. 71–78, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.04.039>>.

CAMPOS, Aline Aparecida de Oliveira *et al.* Práticas de aleitamento materno : lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. *Rev Med Minas Gerais*, v. 21, n. 2, p. 161–167, 2011.

CAMPOS, Rui C. Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, v. 18, n. 1, p. 15-35, 2012.

CARVALHO QCM, Cardoso MVLML, Oliveira MMC, Lúcio IML. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. *Cienc. Cuid Saúde*. 2006 set-dez.

CARVALHO, INAIÁ MARIA MOREIRA DE; ALMEIDA, PAULO HENRIQUE DE. Família e proteção social. *SÃO PAULO EM PERSPECTIVA*, v. 17, n. 2, p. 109–122, 2003.

CASAVANT, Sharon G. *et al.* Caregiving Factors Affecting Breastfeeding Duration Within a Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, v. 15, n. 6, p. 421–428, 2015.

CASEY, Lara; FUCILE, Sandra; DOW, Kimberly E. Determinants of Successful Direct Breastfeeding at Hospital Discharge in High-Risk Premature Infants. *Breastfeeding Medicine*, v. 13, n. 5, p. 346–351, 2018a.

CASEY, Theresa *et al.* Delayed Lactogenesis II is Associated With Lower Sleep Efficiency and Greater Variation in Nightly Sleep Duration in the Third Trimester. 2019.

CASTAÑÓN, Gustavo Arja. Construtivismo Social: a ciência sem sujeito e sem mundo. p. 229, 2009.

CASTILHO, Silvia Diez; FILHO, Antonio de Azevedo Barros; COCETTI, Monize. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 15, n. SUPPL. 1, p. 1401–1410, 2010.

Charmaz, Kathy. A construção da teoria fundamentada: um guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHEUNG, N. *et al.* Comparative MiRNA Expressional Profiles and Molecular Networks in Human Small Bowel Tissues of Necrotizing Enterocolitis and Spontaneous Intestinal Perforation. *PLoS ONE* (Online), San Francisco, v.10, n.8, 2015

CORDEIRO, Mariana Sbaraini. MÃE – A INVENÇÃO DA HISTÓRIA. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)*, v. 10, p. 1–11, 2013.

COUTINHO, Maria da Penha Lima. Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. 216p

CRESWELL, John W. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre, RS: Penso, 2014

DANTAS, Juliana Polini; SILVA, Luanna Santos. Intervenções com mães de bebês prematuros : um estudo de grupos focais 1 Interventions with mothers of preterm children : a focus groups study. p. 80–90, 2013.

DIETRICH LEURER, Marie *et al.* “We Just Kind of Had to Figure It Out”: A Qualitative Exploration of the Information Needs of Mothers Who Express Human Milk. *Journal of Human Lactation*, v. 36, n. 2, p. 273–282, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0890334419883203>>.

DVORAK, B. et al. Comparison of Epidermal Growth Factor and Heparin-binding Epidermal Growth Factor-like Growth Factor for Prevention of Experimental Necrotizing Enterocolitis. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, New York, v. 47, p. 11-18, 2008.

DVORAK, Bohuslav *et al.* Comparison of epidermal growth factor and heparin-binding epidermal growth factor-like growth factor for prevention of experimental necrotizing enterocolitis. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 47, n. 1, p. 11–18, 2008.

DYKES, Fiona. “Supply” and “demand”: Breastfeeding as labour. *Social Science and Medicine*, v. 60, n. 10, p. 2283–2293, 2005.

DYKES, Fiona; FLACKING, Renée. Encouraging breastfeeding: A relational perspective. *Early Human Development*, v. 86, n. 11, p. 733–736, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.08.004>>.

EMAMI, C. N. et al. Role of interleukin-10 in the pathogenesis of necrotizing Enterocolitis. *American journal of surgery*, New York, v. 203, n. 4, p. 428-435, 2012 April.

ERICSON, Jenny *et al.* Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: A register study over 10?years. *BMJ Open*, v. 6, n. 12, p. 1–9, 2016.

ERICSON, Jenny; PALMÉR, Lina. Mothers of preterm infants’ experiences of breastfeeding support in the first 12 months after birth: A qualitative study. *Birth*, v. 46, n. 1, p. 129–136, 2019.

ESQUERRA-ZWIERS, Anita *et al.* It’s Somebody Else’s Milk: Unraveling the Tension in Mothers of Preterm Infants Who Provide Consent for Pasteurized Donor Human Milk. *Journal of Human Lactation*, v. 32, n. 1, p. 95–102, 2016.

FARMANOVA, Elina; BONNEVILLE, Luc; BOUCHARD, Louise. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, v. 55, 2018.

FLACKING, Renée; DYKES, Fiona. “Being in a womb” or “playing musical chairs”: The impact of place and space on infant feeding in NICUs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 13, 2013.

FLAHERMAN, Valerie J. *et al.* Positive and negative experiences of breast pumping during the first 6 months. *Maternal and Child Nutrition*, v. 12, n. 2, p. 291–298, 2016.

FLAHERMAN, Valerie J.; LEE, Henry C. “Breastfeeding” by Feeding Expressed Mother’s Milk. *Pediatric Clinics of North America*, v. 60, n. 1, p. 227–246, 2013.

FLICK, Uwe. *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004

FOK, Doris *et al.* Early initiation and regular breast milk expression reduces risk of lactogenesis II delay in at-risk Singaporean mothers in a randomised trial. *Singapore Med J*, v. 60, n. 2, p. 80–88, 2019.

FONSECA2, Luciana Mara Monti *et al.* CARTILHA EDUCATIVA PARA ORIENTAÇÃO MATERNA SOBRE OS CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO1. v. 12, n. 1, p. 65–75, 2004.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica, 5a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIRE MML. Mulheres, mães e médicos. Discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

GIANNÌ, Maria Lorella *et al.* Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. *BMC Pediatrics*, v. 16, n. 179, p. 1–8, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0722-7>>.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; VIEIRA, Graciete Oliveira. Histórico do Departamento de Aleitamento Materno da SBP. p. 6, 2009.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. London: Aldine Publishing Company, 1967, 271p.

GOMES, Juliane Monteiro de Figueiredo *et al.* *Amamentação no Brasil discurso científico, programas e políticas no século XX*. [S.l: s.n.], 2016. v. 5.

GREGORY, K. E. *et al.* Stooling Pattern and Early Nutritional Exposures Associated with Necrotizing Enterocolitis in Premature Infants. *J Perinat Neonatal Nurs*, v. 29, n. 1, p. 60–68, 2015.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 11^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HERICH, Lena Carolin *et al.* Maternal Education Is Associated with Disparities in Breastfeeding at. *The Journal of Pediatrics*, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.046>>.

HOBAN, Rebecca *et al.* Goals for Human Milk Feeding in Mothers of Very Low Birth Weight Infants : How Do Goals Change and Are They Achieved. *Breastfeeding Medicine*, v. 10, n. 6, p. 11–13, 2015.

HOLTON, Judith *et al.* The Grounded Theory Review: An international journal. *The Grounded Theory Review*, v. 9, n. 1, 2010.

HOROWITZ, Carol R.; ROBINSON, Mimsie; SEIFER, Sarena. Community-based participatory research from the margin to the mainstream are researchers prepared? *Circulation*, v. 119, n. 19, p. 2633–2642, 2009.

HUANG, Li *et al.* Gestational weight gain is associated with delayed onset of lactogenesis in the TMCHC study : A prospective cohort study. *Clinical Nutrition*, n. November, p. 1–6, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.11.001>>.

HURST, Nancy; ENGBRETSON, Joan; MAHONEY, Jane S. Providing Mother's Own Milk in the Context of the NICU: A Paradoxical Experience. *Journal of Human Lactation*, v. 29, n. 3, p. 366–373, 2013.

ICHISATO, S. M.; SHIMO, A. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, v. 9, n. 5, p. 70–76, 2001.

ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. REVISITANDO O DESMAME PRECOCE ATRAVÉS DE RECORTES DA HISTÓRIA. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 578–585, 2002.

IKONEN, Riikka; PAAVILAINEN, Eija; KAUNONEN, Marja. Preterm Infants' Mothers' Experiences with Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Advances in Neonatal Care*, v. 15, n. 6, p. 394–406, 2015.

JOHNSON, Sally *et al.* Expressing yourself: A feminist analysis of talk around expressing breast milk. *Social Science and Medicine*, v. 69, n. 6, p. 900–907, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.001>>.

JOHNSON, T. J. *et al.* Cost Savings of Human Milk as a Strategy to Reduce the Incidence of Necrotizing Enterocolitis in Very Low Birth Weight Infants. *Neonatology*, Basel, v.107, n. 4, p. 271-276, 2015.

KAIR, Laura R. *et al.* The experience of breastfeeding the late preterm infant: A qualitative study. *Breastfeeding Medicine*, v. 10, n. 2, p. 102–106, 2015.

KALIL, Irene Rocha; COSTA, Maria Conceição da. Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação. *Revista PerCursos*. Florianópolis, v. 14, n.27, jul./dez. 2013. p. 07 - 32.

KANTROWITZ-GORDON, Ira. Expanded Care for Women and Families after Preterm Birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, v. 58, n. 2, p. 158–166, 2013.

KELLEHER, C. M. The physical challenges of early breastfeeding. *Social Science & Medicine*, n 63, 2006, p.2727–2738.

KNOBEL, R. N. Fetal and Neonatal Thermal Physiology. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, v. 14, n. 2, p. 45–49, 2014.

LAGARELHOS, João Pedro. Luto e Gravidez. Coimbra, Portugal. 12p. 2011.

LANKSHEAR, Colin, KNOBEL, Michele. Pesquisa pedagógica: do projeto à implementação. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LAU, Chantal. Breastfeeding Challenges and the Preterm Mother-Infant Dyad: A Conceptual Model. *Breastfeeding Medicine*, v. 13, n. 1, p. 8–17, 2018.

LEAL, F. A. A tristeza comum da mãe: Reflexos sobre o estado psíquico do pós-parto. Editora CRV, 2009.

LEE, Tzu Ying; LEE, Ting Ting; KUO, Su Chen. The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. *Journal of Advanced Nursing*, v. 65, n. 12, p. 2523–2531, 2009.

LOVERDE, Bianca *et al.* Supports and Barriers to the Provision of Human Milk by Mothers of African American Preterm Infants. *Advances in Neonatal Care*, v. 18, n. 3, p. 179–188, 2018.

MAGALHÃES EKC, GIACOMINI SM. A escrava ama-de-leite: anjo ou demônio? In: Barroso C, Costa AO. Mulher mulheres. São Paulo: Cortez/Fundação Carlos Chagas, 1983.

MALDONADO, Maria Tereza Pereira. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Ed. Vozes. Petrópolis, RJ, 1983.

MARTINEZ, Francisco Eulógio; CAMELO JR, José Simon. Alimentação do recém-nascido pré-termo. *Jornal de Pediatria*, v. 77, p. 32–40, 2001.

MATHUR, N. B.; DHINGRA, Dhulika. Perceived breast milk insufficiency in mothers of neonates hospitalized in neonatal intensive care unit. *Indian Journal of Pediatrics*, v. 76, n. 10, p. 1003–1006, 2009.

MAZZOLINI, Beatriz Pinheiro Machado. Rabiscando para ser: do si mesmo para o papel. *Imaginário*, v. 13, n. 14, p. 493, 2007.

MCQUARRIE, Edward F.; KRUEGER, Richard A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research.*: SAGE Publications, 1989. v. 26.

MEIER, Paula P. *et al.* Evidence-Based Methods That Promote Human Milk Feeding of Preterm Infants: An Expert Review. *Clinics in Perinatology*, 2017.

MÉIO, Maria Dalva Barbosa Baker *et al.* Breastfeeding of preterm newborn infants following hospital discharge: Follow-up during the first year of life. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2403–2412, 2018.

MEYER, Dagmar Estermann. As mamas como constituintes da maternidade : uma história do passado? *Educação & Realidade*, v. 25, n. 2, p. 117–133, 2000.

MIDDLETON C, editor. A aurora da humanidade. 2a ed. Rio de Janeiro: Abril Livros Ltda; 1993.

MOLES, Laura *et al.* Bacteriological, biochemical, and immunological properties of colostrum and mature milk from mothers of extremely preterm infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 60, n. 1, p. 120–126, 2015.

MOLON, Susana Inês. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MORFORD MPO, LENARDON RJ. Classical Mythology. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2003.

NEU, J.; WALKER, W. A. Necrotizing Enterocolitis. *New England journal of medicine*, Boston, v. 364, n. 3, p. 255-264, 2011.

NIELA-VILÉN, Hannakaisa *et al.* Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: A thematic analysis of peer-support group discussion in social media. *Maternal and Child Nutrition*, v. 11, n. 4, p. 712–726, 2015.

NOVAES HMD. A puericultura em questão: In: Mota A, Schraiber LB. *Infância e saúde – perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009.

OBEIDAT, H.M., BOND, E.A., CALLISTER, L.C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29, 2009. doi: 10.1624/105812409X461199

OLIVEIRA ND, MIYOSHHi MH. Avanços em enterocolite necrosante. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(1 Supl):S16-S22.

OLIVEIRA, Kézia De *et al.* Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 1, p. 46–53, 2013.

ONU BRASIL. Prematuridade e suas possíveis causas. [Acesso em: 15 de Janeiro de 2013]. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematuros-no-brasil/>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Nacimientos prematuros: Nota descriptiva, nov. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>>. Acesso em: 07 set. 2017.

ORLANDI O. Teoria e prática do amor à criança – Introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

PALMÉR, Lina *et al.* Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women’s lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 7, p. 1–10, 2012.

PALMÉR, Lina; ERICSON, Jenny. A qualitative study on the breastfeeding experience of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth. *International Breastfeeding Journal*, v. 46, n. 1, p. 129–136, 2019.

PARKER, L. A. *et al.* Strategies to increase milk volum in mothers of vlbw infants. *Journal of Chemical Information and Modeling*, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.

PARKER, Margaret *et al.* 10 Years after baby-friendly designation: Breastfeeding rates continue to increase in a US neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, v. 29, n. 3, p. 354–358, 2013.

PENHA, Diana *et al.* Enterocolite Necrosante Neonatal: Uma Revisão Iconográfica Das Alterações Radiológicas. *Revista Clínica Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, v. 2, n. 1, p. 34–36, 2013.

PEREZ, JoSÉ RoBERTo RUS; PASSONE, Eric Ferdinando. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no brasil. *Cadernos de Pesquisa*, v. 40, n. 140, p. 649–673, 2010.

PIAGET, J. (1987b). Observações Introdutórias. In: Piatelli-Palmarini, M. (Org.). *Teorias da Linguagem, Teorias da Aprendizagem*. Lisboa: Edições 70. p. 93-98.

PLETSCH, Donna *et al.* Mothers' "Liquid Gold": A Quality Improvement Initiative to Support Early Colostrum Delivery via Oral Immune Therapy (OIT) to Premature and Critically Ill Newborns. *Nursing Leadership*, v. 26, p. 34–42, 2013.

PUMBERGER, W. *et al.* Spontaneous Localized Intestinal Perforation in Very-Low-Birth-Weight Infants: A Distinct Clinical Entity Different from Necrotizing Enterocolitis. *Journal of the American College Surgeons*, Chicago, v. 195, n. 6, 2002.

QIAN, Tian *et al.* Necrotizing enterocolitis in low birth weight infants in China: Mortality risk factors expressed by birth weight categories. *Pediatrics and Neonatology*, v. 58, n. 6, p. 509–515, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedneo.2016.10.004>>.

QUITADAMO, Pasqua Anna *et al.* Might the Mothers of Premature Babies Feed Them and Devote Some Milk to the Milk Bank? *International Journal of Pediatrics*, v. 2018, p. 1–7, 2018.

REA, M. F. Aleitamento Materno e Saúde da Mulher: algumas considerações. In: LABRA (Org.). *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1989, pp. 269-276.

REA, Marina Ferreira. SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO: PASSADO E PRESENTE. *Rev. Saúde públ.*, v. 24, n. 3, p. 241–249, 1990.

REGO JD. Aleitamento Materno. 1 edição - Rio de Janeiro: Atheneu; 2001, p. 35-46.

RIVEMALES MCC, RODRIGUES GRS, PAIVA MS. Graphic projective techniques: applicability on social representation research – systematic review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Vol 9, No 2 (2010)

RODRIGUEZ, N. A. *et al.* Oropharyngeal administration of mother's colostrum, health outcomes of premature infants: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials (Online)*, London, v. 16, 2015.

ROECKER, Simone *et al.* A vivência de mães de bebês com malformação. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 16, n. 1, p. 17-26, 2012.

ROGOFF, B. *Apprenticeship in thinking: cognitive development in social context*. New York, NY: Oxford University Press, 1990

ROLIM, Lúcia Mendes de Oliveira; MARTINS, Ana Lúcia. Aleitamento materno. *Revista de Pediatria SOPERJ*, v. 3, n. 1, p. 2–5, 2002.

ROMAINE, Andrew *et al.* Predictors of Prolonged Breast Milk Provision to Very Low Birth Weight Infants. *Journal of Pediatrics*, v. 202, p. 23- 30.e1, 2018.

ROSSMAN, Beverly *et al.* "They've Walked in My Shoes": Mothers of very low birth weight infants and their experiences with breastfeeding peer counselors in the neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, v. 27, n. 1, p. 14–24, 2011.

ROSSMAN, Beverly *et al.* Human Lactation " I Have Faith in My Milk ": The Meaning of Milk for Mothers of Very Low Birth Weight Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Human Lactation*, v. 29, n. 3, p. 359–365, 2013.

SCHOEN, K. et al. Use of methylxanthine therapies for the treatment and prevention of apnea of prematurity. *Paediatric Drugs*, v. 16, n. 2, p. 169–177, 2014.

SHATTNAWI, Khulood Kayed. Suspended liminality: breastfeeding and becoming a mother in two NICUs. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, v. 4, n. 2, p. 75, 2015.

SMEHA, Luciane Najar. Reflexões Acerca Do Grupo Focal: Aspectos Éticos, Ontológicos E Epistemológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 1, n. 2, p. 260–268, 2009.

SMITH, Paige Hall. Social Justice at the Core of Breastfeeding Protection, Promotion and Support: A Conceptualization. *Journal of Human Lactation*, v. 34, n. 2, p. 220–225, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0890334418758660>>.

SOARES, Juliana; CARVALHO, Alysson. Woman and mother, “new roles”, old demands: the experience of a brief psychotherapy group. *Psicologia em Estudo*, v. 8, n. SPE, p. 39–44, 2003.

SWEET, Linda. Expressed breast milk as “connection” and its influence on the construction of “motherhood” for mothers of preterm infants: A qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, v. 3, p. 1–12, 2008.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-Ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Belo Horizonte: Interlivres, 1976.

UNDERWOOD, M.A.; GILBERT, W.M.; SHERMAN, M.P. Amniotic fluid: not just fetal urine anymore. *Journal of perinatology*, Philadelphia, v. 25, p. 341–348, 2005.

VAN WIJLEN, Jacqueline Elizabeth. Breastfeeding woman or lactating object? A critical philosophical discussion on the influence of Cartesian dualism on breastfeeding in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, v. 28, n. 5–6, p. 1022–1031, 2019.

VAN WIJLEN, Jacqueline Elizabeth; ASTON, Megan. Applying Feminist Poststructuralism as a Framework for Exploring Infant Feeding Interactions in the Neonatal Intensive Care Unit. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, v. 1, n. 1, p. 59–72, 2019.

VON GLASERSFELD, E. (1998). Construtivismo: Aspectos Introdutórios. Em: Fosnot, Catherine (org.) Construtivismo: Teorias, Perspectivas e Prática Pedagógica. (pp. 19-24). Porto Alegre: Artmed.

VYGOTSKY, L. (1984). A Formação Social da Mente. Rio de Janeiro, Martins Fontes.

WERTSCH, J. (1998). A necessidade da ação na pesquisa sociocultural. Em: Wertsch, Del Rio & Alvarez (orgs.): Estudos Socioculturais da Mente. Porto Alegre, Ed.Artmed

WISEMAN TP. REMUS: A Roman Myth. UK: Cambridge University Press; 1995.

WU, Bin *et al.* Improvement of Expressed Breast Milk in Mothers of Preterm Infants by Recording Breast Milk Pumping Diaries in a Neonatal Center in China. *PLoS ONE*, v. 10, n. 12, p. 1–10, 2015.

YU, Xiurong *et al.* Association between Delayed Lactogenesis II and Early Milk Volume among Mothers of Preterm Infants. *Asian Nursing Research*, v. 13, n. 2, p. 93–98, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.02.001>>.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO/DOCTORADO ACADÊMICO

Nº. Quest.:

Data: __/__/__

QUESTIONÁRIO

Bloco I - Dados sócio/econômicos/geográficos e de saúde	
1. N° do prontuário:	
2. Setor:	3. Leito:
4. Data do Parto: __/__/____	
5. Nome da mãe:	
6. RG:	
7. Data de Nasc: __/__/____	8. Idade: anos
9. Contato: (999) AIP	
10. Endereço: (999) AIP	
11. Bairro: (999) AIP	
12. Complemento: (999) AIP	13. Cidade: (999) AIP
14. Local de Residência: (0) urbana (1) rural (999) AIP	
15. Cor (autorreferida): (0) amarelo (1) branco (2) preto (3) pardo (4) indígena (999) AIP	
16. Situação conjugal: (0) casado (1) união estável (2) separado judicialmente/divorciado (3) solteiro (4) viúvo (999) AIP	
17. Escolaridade materna: (0) pós-graduação (1) superior completo (2) superior incompleto (3) ensino médio completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino fundamental II (5ª a 8ª série) (6) ensino fundamental I (1ª a 4ª série) (7) apenas alfabetizado (8) sem escolaridade (999) AIP	18. Anos de estudo: (999) AIP (888) NSA
	19. Série: (999) AIP (888) NSA
20. Trabalho materno/Ocupação habitual (DNV): (0) trabalho remunerado com vínculo (Empregada doméstica) (1) trabalho remunerado sem vínculo / Autônoma / Diarista (2) aposentada (3) desempregada (4) trabalho não remunerado (Dona do lar/Estudante) (5) não soube informar (999) AIP	21. Renda: _____ reais (999) AIP (888) NSA
	22. Renda em salários mínimos (0) renda ≥ 2 salários mínimos (1) entre 1 e 2 salários mínimos (2) renda = 1 salário mínimo (3) renda < 1 salário mínimo (999) AIP (888) NSA

QUESTIONÁRIO 1 (CONTINUAÇÃO)

Bloco II – Dados de atenção ao pré-natal, parto e aleitamento materno		
23. Idade gestacional: _____ semanas (999) AIP	24. Número de gestações: gestações (999) AIP	
25. Paridade: (0) múltipara (+3 gest) (1) secundípara (2) primípara (3) nulípara (999) AIP		
26. Número de Aborto(s): (999) AIP (888) NSA	27. Número de consultas de pré-natal: consultas (999) AIP	
28. Tipo de gravidez: (0) única (1) dupla (2) tripla ou mais (999) AIP	29. Apresentação do parto: (0) cefálica (1) pélvica ou podálica (2) transversa (999) AIP (888) NSA	30. Indução do parto: (0) sim (1) não (999) AIP (888) NSA
31. Tipo de parto: (0) Normal ou PSNV (1) Cesáreo ou PSAC (2) Fórceps (999) AIP	32. Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? (0) sim (1) não (999) AIP (888) NSA	33. Assistência ao nascer: (0) médico (1) enfermeira (2) parteira (3) outros (4) médico + enfermeira (999) AIP
34. Ingesta de cafeína na gestação: Sim (999) AIP (0) Não (1)		
35. Ingestão de bebida alcoólica na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
36. Fumou na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
37. Registro em prontuário do uso de drogas na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
38. Uso de antibiótico pela mãe na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
39. Uso de corticoide pela mãe na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
40. Uso de anti-hipertensivo pela mãe na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
41. Uso de insulina/hipoglicemiante oral pela mãe na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
42. Uso de outros medicamentos pela mãe na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
43. Qual: NSA (888)		
44. Apresentou intercorrências no parto: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
45. Qual(is): NSA (888)		
46. Apresentou hipertensão durante a gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
47. Apresentou diabetes durante a gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		
48. Mãe com infecção na gestação: (999) AIP (0) Não (1) Sim		

QUESTIONÁRIO 1 (CONTINUAÇÃO)

49. Apresentou outra patologia durante a gestação: (999) AIP		(0) Não (1) Sim	
50. Qual: NSA		(888)	
51. Apresentou manchas vermelhas na pele (exantema) anteriormente? (suspeita de zika, dengue ou chikungunya) lembra (999) AIP		(0) Não (1) Sim (2) Não	
52. Se SIM, foi: (0) antes da gestação (1) depois da gestação (999) AIP		(888) NSA	
53. Se SIM, apresentou febre: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA	54. Se SIM, apresentou manchas vermelhas: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA	55. Se SIM, apresentou prurido: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA	56. Se SIM, apresentou dor nos olhos: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA
57. Se SIM, apresentou dor nas juntas: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA	58. Se SIM, apresentou dor no corpo: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA	59. Se SIM, apresentou gânglios alterados: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA	60. Se SIM, apresentou outros sintomas: (0) Não (1) Sim (999) AIP (888) NSA
61. Se OUTROS, descreva quais: _____		999) AIP (888) NSA	
62. Mãe com febre no periparto: (999) AIP		(0) Não (1) Sim	
63. Mãe com infecção urinária no periparto: (999) AIP		(0) Não (1) Sim	
64. Corioamnionite: (999) AIP		(0) Não (1) Sim	
65. Infecção por <i>Streptococos</i> tipo B vaginal: (999) AIP		(0) Não (1) Sim (888) NSA (para RN abaixo de 34 semanas)	
66. Presença de outras infecções no periparto: (999) AIP		(0) Não (1) Sim	
67. Se SIM, qual: (888) NSA		(999) AIP	
68. Tempo de ruptura de membrana: _____ horas com relação ao parto (888) NSA		(999) AIP	
69. Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal? (999) AIP		(0) Não (1) Sim	
70. Vontade prévia de amamentar? (999) AIP		(0) Não (1) Sim	
71. Já amamentou outros filhos? (888) NSA		(0) Não (1) Sim (999) AIP	
Bloco III – Dados da criança ao nascer			
72. Data de Nascimento: _____/_____/_____ _____		73. Hora de nascimento: _____ (999) AIP	
74. Peso ao nascer: _____ g (999) AIP		75. Sexo: (0) feminino (1) masculino (999) AIP	
76. Comprimento: _____ (999) AIP		77. Perímetro cefálico: _____ (999) AIP	

QUESTIONÁRIO 1 (CONTINUAÇÃO)

78. Perímetro torácico: _____ (999) AIP	79. Perímetro abdominal: _____ (999) AIP
80. Escore de Apgar 1': _____ (999) AIP	81. Escore de Apgar 5': _____ (999) AIP

OBS.: AIP: ausência de informação no prontuário/NSA: não se aplica

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL INICIAL

DESENHOS-ESTÓRIAS

1º MOMENTO: Convite para participar do estudo e assinatura do termo de consentimento.

2º MOMENTO: Jogo do rabisco (deve haver uma mesa com um papel grande - cartolina ou papel metro - e uma caneta para cada um, e todos devem estar sentados em volta dessa mesa, inclusive o pesquisador). Eles deverão escolher entre lápis de cor, giz de cera, hidrocor ou caneta, e da cor que preferirem. O objetivo é construir um espaço de confiança, e um ambiente facilitador para a técnica desenho-estória que se seguirá.

- O pesquisador inicia a fala: Vamos iniciar com um jogo para relaxar um pouco. Este jogo não tem regras e é muito simples. Eu vou começar fazendo um risco qualquer no papel, e aquele que está ao meu lado vai completar o desenho, dando a forma de alguma coisa, ou se não pensar em nada concreto no momento, completa com outro rabisco e vai pensando no que aquilo poderá ser.
- Depois, este faz um rabisco para o colega do lado completar também... e todos repetem até voltar para mim, que também vou completar algum desenho.
- A única regra é que, o rabisco que fizer para o outro completar não pode ter uma forma definida: não pode ser um círculo, nem um quadrado, nem um desenho de algo.
- O jogo se encerra quando a pessoa entender que seu desenho já está pronto. Mas podem ir completando o desenho do outro até que todos tenham desenhado algo.
- A seguir, cada um vai dizer o que desenhou. E por fim, eles vão brincar de construir uma história que inclua todos os desenhos.

3º MOMENTO: Técnica desenho-estória

- Para esse momento, é distribuída uma folha em branco de papel A4 branco para cada participante e são disponibilizados lápis coloridos para todos.
- A seguir, o pesquisador faz a provocação: nessa folha em branco, desenha o que vem a sua mente quando eu falo em amamentar um recém-nascido prematuro.
- Depois que todos concluírem os desenhos, o pesquisador faz outra provocação: “Olhe para o seu desenho e escreva uma história que tenha começo, meio e fim”. Quem não puder ou não quiser escrever, poderá contar a história para o pesquisador gravar e transcrever a seguir.

4º MOMENTO: Os pesquisadores recolhem os materiais e informam que teremos novo encontro na próxima semana.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS COLABORADORES

DATA:	HORA:	LOCAL:
ENTREVISTADOR:		
CÓDIGO DO ENTREVISTADO:		
FORMAÇÃO:		
OCUPAÇÃO:		

1. Há quanto tempo trabalha na assistência a puérperas mães de prematuros?
2. Na sua opinião, qual a importância do aleitamento materno para a díade mãe/recém-nascidos prematuros?
3. No dia-a-dia do hospital, as puérperas mães de prematuros são estimuladas a ordenhar?
4. Na sua vivência, quais os obstáculos para o sucesso da amamentação entre prematuros?
5. Na sua experiência, é frequente os casos em que os prematuros são amamentados exclusivamente ao seio materno após alta da UTI?
6. Caso você elaborasse uma cartilha educativa para as mães de prematuros sobre amamentação, o que não poderia faltar?
7. Você acha que uma cartilha educativa para mães de prematuros pode facilitar o trabalho da equipe de assistência deste hospital?



APÊNDICE D – TERMOS DE CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de nossa pesquisa!

Nome da pesquisa: Construção e validação de cartilha educativa com abordagem participativa para favorecer lactogênese entre puérperas após parto prematuro. **Pesquisador responsável:** Mara Viana Cardoso Amaral, CRN 5: 4334. **Informações sobre a pesquisa:** Nesta pesquisa, queremos que o participante dê sua opinião, para o desenvolvimento de uma cartilha educativa capaz de ajudar mães de prematuros a produzir e manter a produção de colostro e leite materno ao longo do internamento dos filhos na unidade neonatal. Colostro é o leite que sai do peito das mães nos primeiros sete dias depois do parto. Ele é mais enriquecido que o leite materno e é fundamental para a colostroterapia. Colostroterapia é a prática de colocar pequenas gotinhas desse colostro no cantinho da boca dos bebês, com a intenção de fortalecer as defesas do corpo dele, e permitir que ele se alimente normalmente o mais cedo possível, e também pode reduzir risco de doenças e acelerar seu crescimento e desenvolvimento. Com esta pesquisa, pretende-se também que as mães tenham leite suficiente para quando os bebês estiverem prontos para mamar ao seio. Ao final, a equipe cuidadora do hospital terá um material de apoio para facilitar seu trabalho. Por isso, convidamos você, () mãe de prematuro/ () colaborador do hospital, a participar desse estudo. Nós pediremos que o participante converse com os pesquisadores a sós ou com outras mães de prematuros sobre suas opiniões pessoais, suas experiências ou conhecimentos. Caso sinta incômodo em falar sobre questões muito pessoais, o participante pode se negar a responder a qualquer pergunta que desejar. As conversas acontecerão dentro de uma sala privada, e ninguém mais além dos participantes e dos pesquisadores, terão acesso à sala. Essa conversa poderá levar 40 a 120 minutos. Para melhor aproveitar as opiniões dos participantes, precisaremos gravar as nossas conversas, e para isso pedimos autorização. Caso deseje o participante poderá a escutar a gravação, e modificar ou excluir alguns trechos da sua fala ou a sua fala completa. As fitas com as conversas gravadas serão mantidas no nosso núcleo de pesquisa, na UEFS. As informações registradas são confidenciais, e ninguém mais exceto os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso às fitas, que serão destruídas depois de 5 anos. Solicitamos aos participantes que se comprometam a não falar com pessoas fora do grupo sobre o que foi dito no grupo, pois são informações confidenciais. Porém, os participantes devem saber que não temos como assegurar que os participantes que estão no grupo não compartilhem as informações externamente. Solicitamos também autorização para realizar observação da relação das mães com os bebês na UTI neonatal. As mães serão também convidadas a registrar suas experiências em um diário que será entregue aos pesquisadores. Para manter o sigilo, qualquer informação sobre o participante terá um número ao invés do seu nome. Somente dois pesquisadores saberão qual é o número de cada participante e manteremos esta informação em total sigilo. Ela não será compartilhada ou fornecida a ninguém fora desta equipe de pesquisa em nenhum momento da pesquisa ou depois dela. Reforço que o participante terá a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Esclarecemos que as atividades desta pesquisa são independentes do atendimento disponibilizado pelo Sistema único de Saúde (SUS) neste hospital e garantimos que a recusa em participar não trará qualquer prejuízo à

Garantimos também que o desenvolvimento desta pesquisa não trará riscos nem desconfortos à saúde dos participantes, mas caso haja danos de qualquer natureza, diretos/indiretos e imediatos/ tardios a equipe de pesquisadores tomará as providências cabíveis para ofertar assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário, além de garantir o direito do participante buscar indenização. Caso o participante fique triste, inseguro ou tenha pensamentos desagradáveis porque as conversas mexeram com seus sentimentos, garantimos acompanhamento com psicólogo parceiro da pesquisa de forma gratuita, pelo período que for necessário. Se o pesquisador perceber qualquer dano decorrente da participação na pesquisa, este discutirá com os participantes as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento da pesquisa, e informará a ocorrência ao Comitê de Ética em Pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão que existe em instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, principalmente nas Universidades, e têm a função pública, de defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Se você entendeu o que é esta pesquisa, o nosso objetivo e concorda em participar, lhe convidamos a assinar esse documento. Caso queira, terá o tempo que for necessário para consultar outras pessoas ou familiares e também para tirar suas dúvidas com nossa equipe, antes de tomar a decisão. Nosso grupo de pesquisa se chama NUPES - Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde, que fica localizado no prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, endereço: Avenida Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, CEP: 44036-900, Feira de Santana-BA ou pelo telefone: (75) 3161-8096. Caso queira mais informação sobre questões éticas, entre em contato com o CEP-UEFS pelo telefone (75) 3161-8124 ou pelo e-mail: cep@uefs.br, o CEP-UEFS funciona das 14h às 16h. Não existem despesas previstas para o participante, no entanto, se porventura houver, será ressarcida. Uma das vias deste termo será guardada em nosso Núcleo de pesquisa (NUPES), sob minha responsabilidade, por até 5 anos, período no qual os pesquisadores garantem que o participante terá acesso ao registro deste termo de consentimento sempre que for solicitado. Após este período serão destruídos. Informamos que os resultados desta pesquisa serão divulgados para toda sociedade, para o hospital que cedeu o local para pesquisa; e, para os participantes serão enviadas cartas respostas via correio. Esta pesquisa está de acordo as Resoluções 466/12 e 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos na pesquisa que envolve seres humanos e das especificidades de pesquisa em ciências humanas e sociais, e realizadas em estabelecimentos do SUS, respectivamente. Foi autorizada por este hospital e pelo Comitê de ética da UEFS, sob protocolo CAAE: 17004819.1.0000.0053. Na oportunidade, solicitamos às mães participantes autorização para coletar informações do seu prontuário e também do bebê, que registra todo o acompanhamento da equipe clínica até a alta hospitalar da criança.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável MARA VIANA C. AMARAL

Coordenador GRACIETE O. VIEIRA

Participante da pesquisa: _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESPONSÁVEL LEGAL

Você está sendo convidado (a) a autorizar a participação da menor sob sua tutela em nossa pesquisa!

Nome da pesquisa: Construção e validação de cartilha educativa com abordagem participativa para favorecer lactogênese entre puérperas após parto prematuro. **Pesquisador responsável:** Mara Viana Cardoso Amaral, CRN 5: 4334. **Informações sobre a pesquisa:** Nesta pesquisa, queremos que o participante dê sua opinião, para o desenvolvimento de uma cartilha educativa capaz de ajudar mães de prematuros a produzir e manter colostro e leite materno ao longo do internamento dos seus filhos na unidade neonatal. Colostro é o leite que sai do peito das mães nos primeiros sete dias depois do parto. Ele é mais enriquecido que o leite materno e é fundamental para a colostroterapia. Colostroterapia é a prática de colocar pequenas gotinhas desse colostro no cantinho da boca dos bebês, com a intenção de fortalecer as defesas do corpo dele, e permitir que ele se alimente normalmente o mais cedo possível, e também pode reduzir risco de doenças e acelerar seu desenvolvimento. Com esta pesquisa, pretende-se também que as mães tenham leite suficiente para quando os bebês estiverem prontos para mamar ao seio. Esse material poderá facilitar o trabalho da equipe cuidadora deste hospital. Por isso, convidamos a menor sob sua tutela, a participar desse estudo. Nós pediremos que o participante converse com os pesquisadores a sós ou com outras mães de prematuros sobre suas opiniões pessoais, suas experiências, ou conhecimentos. Caso sinta incômodo em falar sobre questões muito pessoais, o participante poderá se negar a responder a qualquer pergunta que desejar. As conversas acontecerão dentro de uma sala privada, e ninguém mais além dos participantes do grupo e dos pesquisadores, terá acesso à sala. Essa conversa poderá levar 40 a 120 minutos. Para melhor aproveitamento das opiniões dos participantes, precisaremos gravar as nossas conversas, e para isso pedimos também a sua autorização. Caso deseje, o participante poderá a escutar a gravação, e modificar ou excluir alguns trechos da sua fala ou a sua fala completa. As fitas com as conversas gravadas serão mantidas no nosso núcleo de pesquisa, na UEFS. As informações registradas são confidenciais, e ninguém mais exceto os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso às fitas, que serão destruídas depois de 5 anos. Solicitamos aos participantes que se comprometam em não falar com pessoas fora do grupo sobre o que foi dito no grupo, pois são informações confidenciais. Porém, os participantes devem saber que não temos como assegurar que os participantes que estão no grupo não compartilhem as informações externamente. Solicitamos também autorização para realizar observação da relação das mães com os bebês na UTI neonatal. As mães serão também convidadas a registrar suas experiências em um diário que será entregue aos pesquisadores. Para manter as informações em sigilo, qualquer informação sobre os participantes terá um número ao invés do nome. Somente dois pesquisadores saberão qual é o número de cada participante e manteremos esta informação em total sigilo. Ela não será compartilhada ou fornecida a ninguém em nenhum momento da pesquisa ou depois dela. Reforço que a menor não é obrigada a participar e que o participante também terá a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Esclarecemos que as atividades desta pesquisa são independentes do atendimento disponi-

-bilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) neste hospital e garantimos que a recusa em participar não trará qualquer prejuízo na assistência ao participante nem a seu filho. Garantimos também que o desenvolvimento desta pesquisa não trará riscos nem desconfortos à sua saúde, mas caso haja danos de qualquer natureza, diretos/indiretos e imediatos/ tardios a equipe de pesquisadores tomará as providências cabíveis para ofertar assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário, além de garantir o direito do participante buscar indenização. Caso o participante fique triste, inseguro ou tenha pensamentos desagradáveis porque as conversas mexeram com seus sentimentos, garantimos acompanhamento com psicólogo parceiro da pesquisa de forma gratuita, pelo período que for necessário. Se o pesquisador perceber qualquer dano decorrente da participação na pesquisa, discutirá com os participantes as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento da pesquisa, e informará a ocorrência ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é um órgão que existe em instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, principalmente nas Universidades, e têm a função pública, de defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Se você entendeu o que é esta pesquisa, o nosso objetivo e concorda que a menor sob sua tutela participe, te convidamos a assinar esse documento. Caso queira, terá o tempo que for necessário para consultar outras pessoas e para tirar suas dúvidas com nossa equipe, antes de tomar a decisão. Nosso grupo de pesquisa se chama NUPES - Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde, e fica localizado no prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, endereço: Avenida Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, CEP: 44036-900, Feira de Santana-BA ou pelo telefone: (75) 3161-8096. Caso queira mais informação sobre questões éticas, entre em contato com o CEP-UEFS pelo telefone (75) 3161-8124 ou pelo e-mail: cep@uefs.br, o CEP-UEFS funciona das 14h às 16h. Não existem despesas previstas para os participantes, no entanto, se porventura houver, será ressarcida. Uma das vias deste termo será guardada em nosso Núcleo de pesquisa (NUPES), sob minha responsabilidade, por até 5 anos, período no qual o participante terá acesso ao registro deste termo de consentimento sempre que for solicitado. Após este período serão destruídos. Informamos que os resultados desta pesquisa serão divulgados para toda sociedade e para o hospital que cedeu o local para pesquisa; e para os participantes, serão enviadas cartas respostas via correio. Esta pesquisa está de acordo as Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos na pesquisa que envolve seres humanos, das especificidades de pesquisa em ciências humanas e sociais, e realizadas em estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente, e com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Foi autorizada por este Hospital e pelo CEP da UEFS, sob protocolo CAAE: 17004819.1.0000.0053. Na oportunidade, solicitamos às mães participantes autorização para coletar informações do seu prontuário e também do bebê, que registra todo o acompanhamento da equipe clínica até a alta hospitalar da criança.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável MARA VIANA C. AMARAL

Coordenador GRACIETE O. VIEIRA

Participante da pesquisa: _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa! **Nome da pesquisa:** Construção e validação de cartilha educativa com abordagem participativa para favorecer lactogênese entre puérperas após parto prematuro. **Pesquisador responsável:** Mara Viana Cardoso Amaral, CRN 5: 4334. **Informações sobre a pesquisa:** Nesta pesquisa, queremos que o participante dê sua opinião, para nos ajudar a criar uma cartilha educativa que possa ajudar as mães de bebês prematuros a produzir e manter colostro e leite materno enquanto seus filhos estejam internados na unidade neonatal. Colostro é o leite que sai do peito das mães nos primeiros sete dias depois do parto. Ele é mais enriquecido que o leite materno e é fundamental para a colostroterapia. Colostroterapia é a prática de colocar pequenas gotinhas desse colostro no cantinho da boca dos bebês, com a intenção de fortalecer as defesas do corpo dele, e permitir que ele se alimente normalmente o mais cedo possível, e também pode reduzir risco de doenças e acelerar seu crescimento e desenvolvimento. Com esta pesquisa, pretende-se também que as mães tenham leite suficiente para quando os bebês estiverem prontos para mamar ao seio. Esse material pode facilitar o trabalho da equipe cuidadora deste hospital. Por isso, convidamos você a participar deste estudo. Nós pediremos que o participante converse com os pesquisadores a sós ou com outras mães de prematuros sobre suas opiniões pessoais, suas experiências ou conhecimentos. Caso sinta incômodo em falar sobre questões muito pessoais, o participante pode se negar a responder a qualquer pergunta que desejar. As conversas acontecerão dentro de uma sala privada, e ninguém mais além dos participantes, e dos pesquisadores, terão acesso à sala. Essa conversa poderá levar 40 a 120 minutos. Garantimos que não contaremos a ninguém as informações que o nos der. Para melhor aproveitamento das informações, precisaremos gravar as conversas, e para isso pedimos sua autorização. Caso deseje, o participante poderá a escutar a gravação, e modificar ou excluir alguns trechos da sua fala ou a sua fala completa. As fitas com as conversas gravadas serão mantidas no nosso núcleo de pesquisa, na UEFS. As informações registradas são confidenciais, e ninguém mais exceto os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso às fitas, que serão destruídas depois de 5 anos. Solicitamos aos participantes que se comprometam em não falar com pessoas fora do grupo sobre o que foi dito no grupo, pois são informações confidenciais. Porém, os participantes devem saber que não temos como assegurar que os participantes que estão no grupo não compartilhem as informações externamente. Solicitamos também autorização para realizar observação da relação das mães com os bebês na UTI neonatal. As mães serão também convidadas a registrar suas experiências em um diário que será entregue aos pesquisadores. Para manter as informações em sigilo, qualquer informação sobre o participante terá um número ao invés do nome. Somente dois pesquisadores saberão qual é o número de cada participante e manteremos esta informação em total sigilo. Ela não será compartilhada ou fornecida a ninguém em nenhum momento da pesquisa ou depois dela. Reforço que o participante não é obrigado a participar, e também terá a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Esclarecemos que as atividades desta pesquisa são independentes do atendimento disponibilizado pelo Sistema único de Saúde (SUS) neste hospital e garantimos que a recusa em participar não trará qualquer

prejuízo na assistência ao participante nem a seu filho. Garantimos também que o desenvolvimento desta pesquisa não trará riscos nem desconfortos à saúde do participante, mas, caso haja danos de qualquer natureza, diretos/indiretos e imediatos/ tardios a equipe de pesquisadores tomará as providências cabíveis para ofertar assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário, pelo tempo que for necessário, além de garantir o direito do participante buscar indenização. Caso o participante fique triste, inseguro ou tenha pensamentos desagradáveis porque as conversas mexeram com seus sentimentos, garantimos acompanhamento com psicólogo parceiro da pesquisa de forma gratuita, pelo período que for necessário. Quando o pesquisador perceber qualquer dano decorrente da participação na pesquisa, deverá discutir com os participantes as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento da pesquisa, e informar a ocorrência ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é um órgão que existe em instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, principalmente nas Universidades, e têm a função pública, de defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Se você entendeu o que é esta pesquisa, o nosso objetivo e concorda em participar, te convidamos a assinar esse documento. Caso queira, terá o tempo que for necessário para pensar e também para tirar suas dúvidas com nossa equipe, antes de tomar a decisão. Informamos que seus pais consentiram sua participação. Nosso grupo de pesquisa se chama NUPES - Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde, que fica localizado no prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, endereço: Avenida Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, CEP: 44036-900, Feira de Santana-BA ou pelo telefone: (75) 3161-8096. Caso queira qualquer informação sobre questões éticas, entre em contato com o CEP-UEFS pelo telefone (75) 3161-8124 ou pelo e-mail: cep@uefs.br, o CEP-UEFS funciona das 14h às 16h. Não existem despesas previstas para o participante, no entanto, se porventura houver, será ressarcida. Uma das vias deste termo e os questionários e fitas desta pesquisa serão guardados em nosso Núcleo de pesquisa (NUPES), sob minha responsabilidade, por até 5 anos período no qual o participante terá acesso ao registro deste termo de consentimento sempre que for solicitado. Após este período serão destruídos. Informamos que os resultados desta pesquisa serão divulgados para toda sociedade e para o hospital que cedeu o local para pesquisa; e, para os participantes, serão enviadas cartas respostas via correio. Esta pesquisa está de acordo as Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos na pesquisa que envolve seres humanos e das especificidades de pesquisa em ciências humanas e sociais, e realizadas em estabelecimentos do Sistema único de Saúde (SUS), respectivamente, e com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Foi autorizada por este Hospital e pelo CEP da UEFS, sob protocolo CAAE: 17004819.1.0000.0053. Na oportunidade, solicitamos às mães participantes autorização para coletar informações do seu prontuário e também do bebê, que registra todo o acompanhamento da equipe clínica até a alta hospitalar da criança.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável MARA VIANA C. AMARAL

Coordenador GRACIETE O. VIEIRA

Participante da pesquisa: _____

APÊNDICE E – ARTIGO

OLHAR MATERNO SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA PREMATURIDADE: TEORIA FUNDAMENTADA

Resumo

Introdução: A experiência de amamentação na prematuridade é permeada por dificuldades além da adaptação biológica, ao envolver condicionantes da vida social e inúmeras particularidades da psicologia materna.

Objetivo: Apresentar uma teoria substantiva da experiência materna de lactação amamentação no contexto da prematuridade desde o pós-parto até a alta hospitalar do prematuro.

Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem da Teoria Fundamentada Construtivista. Participaram 24 mulheres com parto anterior a 37 semanas gestacionais, cujos filhos necessitaram de cuidados críticos, excluídas as contraindicadas para amamentar. Foram realizados grupos focais, desenhos-estórias e observação sistemática, triangulados para aflorar as categorias, que foram a seguir relacionadas no modelo teórico, através da abstração analítica.

Resultados: A categoria central que emergiu das análises foi “*Ansiando amamentar exclusivamente para relacionar-se com o prematuro, mas temendo não conseguir*”, às quais foram relacionadas outras cinco categorias a saber: “*Desejando amamentar exclusivamente para salvar o prematuro das condições críticas pelas quais se sentem responsáveis*”; “*Experimentando desconforto físico, confusão de sentimentos e pressões*”; “*Sofrendo ao longo do processo da amamentação*”; “*Aprendendo, refletindo e fazendo escolhas sobre amamentação*” e “*Pensando em alternativa ao leite materno exclusivo*”.

Conclusões: O modelo teórico evidenciou que, a experiência de amamentação na prematuridade tem uma dimensão fortemente subjetiva no início do processo, como relacionamento afetivo, e vai se objetivando, como um alimento que garante a saúde ao filho, diante das experiências vivenciadas no percurso. Diante de tudo, elas buscam seu caminho de amamentação, a partir da aprendizagem acumulada e de suas necessidades.

Descritores: experiência de amamentação, prematuridade, psicologia materna, teoria fundamentada.

Introdução

A experiência materna de lactação e amamentação de um recém-nascido prematuro (RNP) em mulheres de todo o mundo é permeada dificuldades biológicas, por diversos condicionantes da vida social e por inúmeras nuances da psicologia materna (Smith, 2018).

A amamentação é recomendada como uma das formas mais efetivas de promover crescimento, desenvolvimento e prevenir morbimortalidade dos recém-nascidos (World Health Organization [WHO], 2019), além de proporcionar inúmeros benefícios para a saúde materna no período

puerperal (Herich et al., 2016). No entanto, a despeito da disseminação dessas informações, as estatísticas em diferentes lugares do mundo demonstram que esta prática na díade mãe-RNP está aquém do ideal, evidenciando que este problema tem raízes complexas. A frequência de amamentação ao seio materno na alta da Unidade de Terapia intensiva Neonatal (UTIN) foi de 16% na Suécia (Ericson et al., 2016) e de 64% no Canadá (Casey et al., 2018), variação que evidencia que essa prática vai além muito além das questões biomédicas determinadas pela prematuridade.

No Brasil, apesar de não haver dados nacionais, estudos locais dão ideia do tamanho da disparidade que a idade gestacional no momento do parto proporciona à amamentação. Coorte conduzida na cidade do Rio de Janeiro apontou que, no momento da alta, apenas 5,5% das crianças prematuras estavam em aleitamento materno (AM) exclusivo (Méio et al., 2018), enquanto que a prevalência do AM exclusivo foi de 36,6% na população geral de crianças brasileiras (Boccolini et al., 2017).

Esses dados reiteram que o estabelecimento do AM na díade mãe/RNP é um desafio. A maternidade, nestes casos, inicia-se com mães fisiologicamente imaturas para a amamentação, emocionalmente abaladas pelo parto inesperadamente precoce e imersas numa diversidade de problemas que a frequente hospitalização prolongada do RNP traz para sua vida cotidiana (Lau, 2018). Além disso, seus bebês apresentam-se imaturos e criticamente vulneráveis a morbimortalidade, o que acaba por postergar sua pega ao seio materno, e lhes traz muita preocupação (Bower et al., 2017). As dificuldades vivenciadas nesse processo repercutem na redução dos volumes de leite materno (LM) produzido e na duração do AM (Briere et al., 2016).

Amamentar um RNP é uma questão existencial (Van Wijlen & Aston, 2019). A mãe é a protagonista da amamentação, por isso, compreender como elas enfrentam os problemas para estabelecê-la, e as razões e circunstâncias que as influenciam, contribui para o reconhecimento de questões profundas, somente conhecidas pelos sujeitos que as experimentam. O conhecimento que elas constroem sobre sua própria vivência são pontos chaves para promover ações realmente resolutivas, que atuem sobre a sua integralidade, para facilitar a amamentação do RNP. A compreensão da subjetividade dessas mulheres e de suas singularidades pode favorecer a abordagem dos profissionais de saúde de maneira empática, resultando em acolhimento, respeito, apoio, ao invés do julgamento de suas decisões.

A problemática da amamentação durante a hospitalização do RNP ainda não foi explorada enquanto fenômeno processual em um estudo de teoria fundamentada (TF) sob a ótica materna. Neste quesito, a TF acrescenta ao conhecimento científico do fenômeno a compreensão das ações das participantes e as interconexões entre os conceitos que emergem dos dados, geradas na abstração analítica; o que difere dos estudos realizados até então, com essa população, neste contexto, que realizaram levantamento temático, gerando conhecimento descritivo e/ou focalizado em algum seguimento do processo.

A garantia do direito à saúde para melhoria da qualidade de vida das pessoas e à ampla participação nas decisões sobre sua saúde (Constituição Federativa Do Brasil, 1988) depende da vocalização das suas necessidades e desejos e do acolhimento integral e humanizado (Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS, 2013). Por isso, este estudo teve o objetivo de apresentar uma teoria substantiva da experiência materna de lactação e amamentação, no contexto da prematuridade, desde o pós-parto até a alta hospitalar do prematuro.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, pautado na perspectiva construtivista da Teoria Fundamentada (TF) de Kathy Charmaz (2009). Uma vez que a experiência humana é muito complexa e não pode ser compreendida em partes, exploramos o fenômeno da amamentação após parto prematuro, enquanto processo, interconectado aos contextos e situações vivenciadas pelas mães no ambiente hospitalar, a partir das suas perspectivas.

Esta pesquisa está de acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil (Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, 2018; Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, 2016 e Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, CAAE 17004819.1.0000.0053.

Contexto

Este estudo foi conduzido nos dois hospitais públicos com maternidade, da cidade de Feira de Santana. Esta é uma cidade de médio porte, do nordeste do Brasil, cuja população é estimada em 614.872, da qual 38,7% possui renda mensal per capita menor que 145 dólares (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019). A sua população conta com a assistência de saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil, custeada pelos governos, desde o pré-natal, até o parto e puerpério, em todos os níveis de complexidade da assistência (M. Leal et al., 2018). Último dado publicado da prevalência do AM exclusivo de uma amostra de neonatos de termo da cidade, apontou prevalência de 59,3% ao final do primeiro mês de vida (Vieira et al., 2010). Quanto ao apoio socioeconômico à amamentação, as mulheres que possuem emprego formal contam com licença maternidade mínima de 4 meses, podendo chegar a 6 meses, por adesão voluntária do empregador (Ministério da Economia. Governo do Brasil, 2019).

Em ambos os hospitais, as mães têm acesso livre aos seus filhos durante toda a hospitalização do RNP e existe banco de leite humano (BLH), que presta assistência à lactação das puérperas e fornece leite humano aos RNP, quando necessário. Após a alta da UTIN, em ambos os hospitais, as puérperas ficam com seus filhos nas unidades de cuidado canguru, onde dispõem de camas ou poltronas reclináveis e ambientes para atividades recreativas.

Amostra

Os pesquisadores verificaram junto aos profissionais dos hospitais as mães que possuíam a vivência do fenômeno de interesse, especificamente aquelas cujo parto havia ocorrido antes das 37 semana gestacional e cujos filhos necessitaram de cuidados críticos na UTIN, excluindo a seguir as contraindicadas para amamentar, por presença de registro em prontuário de retrovisores, citomegalovírus, uso atual de substâncias psicoativas, presença de desordem psicológica e a informação autorreferida de identidade de gênero diferente do feminino (pois a homogeneidade da população estudada é fundamental para a consistência do modelo teórico).

Adotamos a amostragem teórica (Charmaz, 2009). Inicialmente foram agendados 10 grupos focais, para fins de reserva de espaços apropriados, 5 em cada hospital. Esses foram compostos por 3 a 10 participantes. Após cada grupo, procedeu-se a análise dos dados e sua codificação; nos grupos subsequentes, os códigos emergentes eram comparados com os anteriores (método comparativo-constante); constatou-se a saturação quando a coleta de dados novos não mais despertou novos *insights* teóricos, nem revelou propriedades novas das categorias teóricas, o

que ocorreu no sétimo grupo focal. No entanto, optou-se por realizar os outros três grupos agendados. A amostra total foi constituída de 24 mulheres.

As características socioeconômicas das participantes incluídas podem ser acessadas na Tabela 1. Quanto às características do parto, 54% tiveram parto normal, com idade gestacional que variou de 25 a 36 semanas (mediana de 30semanas e 2dias), os filhos tiveram peso variando de 820g a 2495g (mediana de 1451 g) e 17% tiveram gravidez gemelar. Quanto aos dados sobre amamentação, 50% afirmaram ter recebido informações no pré-natal sobre AM, 87,5% tinham vontade prévia de amamentar e 33% já amamentaram antes.

Coleta de dados

As mulheres elegíveis foram abordadas pelos pesquisadores no ambiente hospitalar onde permaneciam (casa da puérpera, alojamento canguru ou UTIN), e então convidadas a participar da pesquisa. As que consentiram, foram conduzidas a um ambiente reservado (sala de reuniões ou auditório), onde receberam todos os esclarecimentos e realizaram o consentimento escrito, antes do início da coleta de dados. Quando se tratou de mães adolescentes, buscou-se também o consentimento do responsável legal.

A coleta de dados foi conduzida por duas profissionais de saúde, uma nutricionista e uma psicóloga, estudantes de mestrado, e se deu entre os meses de novembro de 2019 e fevereiro de 2020, em momentos pré-agendados com a equipe de saúde, para não interferir na rotina do cuidado. Os dados foram produzidos a partir de realização de grupos focais uniformemente compostos: ou com mães cujos filhos estavam na UTIN, ou com mães que estavam no alojamento canguru (McQuarrie & Krueger, 1989); realizou-se gravação de todos os grupos, seguida de transcrição.

Os pesquisadores acordaram com os participantes o sigilo das informações discutidas no grupo, e utilizaram codinomes e números para identificá-los nas diferentes fases do projeto. Os pesquisadores não tinham qualquer relação pessoal ou profissional prévia com as participantes nem com as instituições.

Nos grupos focais, foram utilizadas questões provocadoras, determinadas a partir das análises dos grupos anteriores, sendo as questões do primeiro grupo derivadas das análises da técnica desenhos-estórias, com inquérito. A técnica de desenho-estória facilita a abordagem de questões tabus e fatos afetivos, estimulando a expressão sem censura, e facilitando o acesso à

subjetividade dos sujeitos (Tardivo, 2017). Neste estudo, convidamos as participantes a desenhar algo que estivesse relacionado à seguinte provocação: “Nessa folha em branco, desenhe o que vem à sua mente quando falo em amamentar um recém-nascido prematuro”; em seguida, as participantes foram convidadas a desenvolver uma estória sobre aquilo que desenharam, e a prestar esclarecimentos sobre seu desenho (Trinca, 1976).

Para a coleta de dados socioeconômicos e características reprodutivas, foram utilizados questionários estruturados. Foi realizada ainda observação sistemática dentro da UTIN, a partir de roteiro estruturado com tópicos sobre o ambiente, o relacionamento mãe-RNP e a assistência dos profissionais ao AM.

Análise dos dados

Para análise, foram triangulados os dados dos grupos-focais, dos desenhos-estórias e das observações. Todos os passos da análise seguiram as recomendações de Charmaz (2009). A coleta e a análise de dados ocorreram simultaneamente. As transcrições dos grupos focais foram impressas em papéis coloridos, de forma a identificar claramente o hospital e a fase do processo de cada dado, e a seguir cada incidente foi recortado dos depoimentos. Então, para cada um dos incidentes, o pesquisador realizou a seguinte pergunta “o que está acontecendo aqui?”, e sua resposta, na forma de gerúndio, constituiu-se o código inicial, que foi então registrado em um papel metro, onde o incidente foi colado. Os próximos incidentes foram então comparados com os anteriores, e foram ou a eles agrupados, ou formaram novos códigos. Em etapa seguinte, os códigos iniciais foram reagrupados por similaridade, na codificação focal e iniciou-se a elaboração dos memorandos, que são textos interpretativos sobre os códigos, para auxiliar a abstração e compreensão do processo. Aqueles códigos que se demonstraram robustos para a compreensão do fenômeno, foram elevados à condição de categorias.

A análise dos desenhos-estórias seguiu o modelo proposto por Coutinho (2001): observação dos desenhos e leitura flutuante das narrativas, seguida da aplicação de ficha de análise para extração de conteúdos explícitos e implícitos e construção de texto síntese; depois disso, os desenhos-estórias foram separados por similaridade de conteúdo, e agregados aos códigos dos dados dos depoimentos. A análise das observações sistemáticas, por sua vez, se deu segundo descrito por Lankshear e Knobel (2008), através de agregação dos padrões seguida de codificação e integração aos demais dados.

As categorias foram então submetidas a validação por três profissionais com experiência na assistência às mães de RNP, sendo uma bióloga coordenadora de um BLH, uma enfermeira consultora em amamentação e uma psicóloga pesquisadora da psicanálise do laço mãe-bebê. Depois disso, as categorias foram relacionadas de forma lógica, utilizando os marcadores “como”, “porque”, “com que consequências” e “mudança” (Charmaz, 2009). Foi definida como categoria central aquela à qual todas as demais estavam relacionadas e que permitia a organização lógica e harmoniosa dos dados com os marcadores supracitados. A partir daí o modelo lógico foi desenhado, e o texto final dos resultados foi escrito.

Este estudo adotou a estrutura interpretativa do Socioconstrutivismo, de Lev Vygotsky, que valoriza o papel das estruturas culturais, institucionais e históricas para a construção do conhecimento humano. Esta abordagem rejeita a noção de que o indivíduo se basta na sua relação com o objeto para construir sua realidade, assumindo que o entendimento sobre suas vivências é uma construção social (Vygotsky, 1984).

RESULTADOS

Foram efetuados 10 grupos focais, com duração média de 38 min, e total de 417 min de gravações; as observações totalizaram 27h e 35min e foram realizadas 23 desenhos-estórias. Das análises, emergiram 90 códigos iniciais, que deram origem a 24 códigos focais, e por fim 6 categorias, Tabela 2.

A categoria central que emergiu das análises foi *“Ansiando amamentar exclusivamente para relacionar-se com o prematuro, mas temendo não conseguir”*, às quais foram relacionadas outras cinco categorias a saber: *“Desejando amamentar exclusivamente para salvar o prematuro das condições críticas pelas quais se sentem responsáveis”*; *“Experimentando desconforto físico, confusão de sentimentos e pressões”*; *“Sofrendo ao longo do processo da amamentação”*; *“Aprendendo, refletindo e fazendo escolhas sobre aleitamento materno”* e *“Pensando em alternativa ao leite materno exclusivo”*. O modelo teórico pode ser visualizado na Figura 1.

Ansiando amamentar exclusivamente para relacionar-se com o prematuro, mas temendo não conseguir. Para as participantes deste estudo, amamentar é uma forma de relacionar-se com seu RNP, demonstrar seu afeto e de fazê-lo a reconhecer, uma consolidação

da maternidade Figura 2. Elas entendem que amamentar é inerente à condição de mãe, a ponto de não compreender outras mães que optam por não amamentar. Amamentar é ainda uma reafirmação de sua capacidade de ser mãe e dar o seu melhor, diante do descrédito percebido em decorrência do parto prematuro. Apesar do desejo intenso, elas demonstram também medo de não conseguir, diante das dificuldades percebidas na sua lactação, no estado de saúde do RNP e na experiência de outras mães de RNP com as quais convivem durante a hospitalização.

Desejando amamentar exclusivamente para salvar o RNP das condições críticas pelas quais se sentem responsáveis. As mães sentem-se excluídas do contato e dos cuidados dos RNP, diante da condição crítica deles. Ao encontrá-los pela primeira vez dentro da UTIN, elas se assustam, visto que suas características físicas, das quais destacam o tamanho, a pele fina, e os aparelhos utilizados para lhes garantir a sobrevivência confere a elas a sensação de fragilidade, e risco de morte. Neste momento, as puérperas refletem sobre as possíveis causas do parto prematuro e encontram em seus comportamentos prévios motivos para sentirem-se responsáveis pelas condições críticas dos RNP. Ao entender-se como responsável pelo risco de morte do RNP, as mães desejam contribuir para sua recuperação através da oferta do seu LM.

Experimentando desconforto físico, confusão de sentimentos e pressões. As mães de RNP entendem que a hospitalização dificulta a amamentação, pois o ambiente é triste, o barulho constante dos aparelhos não as deixa descansar, a tensão do monitoramento dos sinais vitais não as deixa dormir, sentem muito frio e não encontram conforto. Além disso, sentem-se sozinhas e com saudade da família. Neste momento, amamentar para elas é uma forma de fazer seu filho ganhar peso, para atingir os critérios da alta hospitalar, Figura 3. Elas esforçam-se como podem para que seus filhos recebam exclusivamente seu próprio LM, apesar de enfrentar diversos obstáculos, como a oscilação constante entre sentimentos opostos como alegria e tristeza, a depender da evolução clínica do RNP, o descrédito de pessoas próximas e as dificuldades, tanto inerentes ao RNP, quanto relacionadas à sua lactação. Além de tudo isso, povoam seu imaginário a perspectiva de alterações estéticas e as possibilidades de lesões nas mamas decorrentes da amamentação.

Sofrendo ao longo do processo da amamentação. Inicialmente, a oferta do LM se dá através da sonda orogástrica, com o LM ordenhado. Porém, as mães de RNP sofrem com a ordenha, pois nos hospitais incluídos, a rotina é ordenha manual à beira-leito, porém, elas não utilizam técnica adequada, ferem suas mamas, queixam-se de dor e passam a criar antipatia por essa forma de ordenha. Verbalizam desejar utilizar bomba para ordenha beira-leito, por

considerar esta forma muito mais confortável. A impossibilidade de atendimento dessa demanda e o sofrimento da ordenha manual implicam em desmotivação para manutenção da oferta do LM enquanto o RNP está com a sonda.

Além disso, as mães sofrem quando os RNP apresentam sinais de intolerância. A motivação para a amamentação ganha novo fôlego, quando se retira a sonda do RNP e a mãe pode finalmente colocar seu filho no seio. Porém, a felicidade logo ganha contornos dramáticos devido às dificuldades de amamentar um RNP ao seio. Elas acreditam que a demora para a retirada da sonda orogástrica é responsável pelas dificuldades de sucção do RNP, alegando que a sonda não demanda nenhum esforço do RNP para ser alimentado, deixando-o preguiçoso. Por isso elas sugerem que seja utilizado outro método, que inclua a estimulação oral precoce

Aprendendo, refletindo e fazendo escolhas sobre AM. A soma dos conhecimentos prévios com aqueles adquiridos durante a hospitalização subsidia as decisões maternas sobre a amamentação. A confiança de que o LM é o melhor alimento para o crescimento e recuperação da saúde do RNP as encoraja a esforçar-se para oferecer seu próprio LM. E ao perceber sua condição de exaustão somada à sua fragilidade emocional e ainda às pressões externas e as cobranças internas, as puérperas tomam medidas para buscar seu equilíbrio emocional, a fim de que sua situação não atrapalhe seu ímpeto de amamentar seu RNP. Dentre as estratégias utilizadas, estão a tentativa de manter pensamentos positivos: lembrando das interações com o filho, encontrando acolhimento nos profissionais do BLH, confiando na assistência médica recebida, compartilhando as vivências com outras mães de RNP, praticando orações, ao mesmo tempo em que evitam pensar nos problemas de saúde do seu filho. Elas questionam a utilidade da estimulação mamária no BLH, pois relatam apresentar dificuldades de oferta o LM ao filho no momento posterior ao retorno do BLH. Entendem que devem ir ao BLH apenas quando suas mamas estão muito cheias, a fim de evitar sofrimento, ou ainda para doar o LM. Com o passar do tempo, aumenta a sensação de LM insuficiente. Quando já não conseguem suprir o seu filho com seu LM, as mães culpam-se por terem deixado de ordenhar. Dizem-se arrependidas, e por isso aconselham outras puérperas a manter a ordenha, apesar das dificuldades.

Pensando em alternativa ao leite materno exclusivo. A sensação de mamas cheias dá às nutrizes a percepção de autossuficiência e as impele a defender a oferta exclusiva do seu LM ao seu filho. Por outro lado, a sensação de insuficiência de LM e a necessidade de complementação do volume prescrito pelos médicos para a alimentação do RNP é desmotivante. Neste momento do processo, as díades mães-RNP já superaram as dificuldades

da UTIN, os RNP já não possuem o risco crítico de morte, e as mães já podem ofertar todos os cuidados necessários ao RNP; a amamentação não é mais a única forma de relacionar-se com seu filho. Diante disso, elas modificam o seu plano de amamentação exclusiva, passando a considerar o AM misto com fórmulas lácteas para o período pós-alta, justificado pela crença de que seu LM é fraco, insuficiente e/ou que a amamentação em livre demanda é muito exaustiva. Pudemos observar que a dimensão da amamentação como relacionamento enfraqueceu-se ao longo do internamento, e o motivo para oferta do LM passou a se concentrar nos efeitos dele para a saúde do seu filho.

DISCUSSÃO

Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a abordar as experiências de amamentação na prematuridade através da TF e a evidenciar as modificações na interpretação materna da amamentação ao longo do processo de hospitalização do RNP. Para abordar essa temática tão sensível, utilizamos triangulação de três técnicas de coleta de dados, o que permitiu exibir uma teoria substantiva robusta, representativa das vivências das mães de RNP que vivenciam contexto semelhante.

Os achados de mães de RNP sentindo-se distanciadas e experimentando desconfortos no ambiente hospitalar foram encontrados também em outros estudos. As primeiras semanas após o parto são caóticas, devido às limitações de contato com o RNP a despeito das necessidades emocionais de mães e seus bebês (Flacking et al., 2016). A separação do RNP tem repercussões diretas no AM, pois pode prejudicar a lactação (Shatnawi, 2015; Alves et al., 2016). A aproximação, quando acontece, se dá no ambiente da UTIN, que é projetado apenas para os cuidados biomédicos e dificulta a sintonia entre a mãe e o bebê (Jones et al., 2016).

Assim como neste estudo, mães de RNP relataram muitas emoções negativas, dificuldade de aceitação da vivência, e sentimento de fragilidade (Rossman et al., 2015). Acrescente-se a isso as dificuldades maternas de relacionar-se com um RNP cuja aparência difere do que elas esperavam, o que é por elas interpretado como fruto de sua própria incapacidade (Gomes et al., 2016). Diante disso, nasce o sentimento de impotência (Ionio et al., 2016) ao qual elas reagem desejando intensamente fornecer seu LM, como uma maneira de ajudar seus bebês a superar aqueles momentos (Esquerre-Zwiers et al., 2016).

As mães ansiaram amamentar exclusivamente, no momento inicial como forma de relacionar-se com o RNP e para salvar o RNP das condições críticas pelas quais se sentiam responsáveis. E durante todo o tempo sofreram com o temor de não conseguir praticar a amamentação exclusiva. Esses achados podem ser entendidos a partir de uma perspectiva histórica e cultural: para elas, a amamentação é um trabalho determinado biologicamente e moralmente a seu gênero, o que lhes traz cargas psicológicas intensas. Elas esforçam-se muito para superar suas dificuldades e atingir o ideal de “boa mãe”, conceito que se disseminou na sociedade a partir do século XX, associando a mulher à imagem de sacrifício e devoção, na sua relação mãe-filho, o que perdura até hoje (F. Leal, 2019).

Ao longo da hospitalização, novos sentimentos e sofrimentos afloram, especialmente após o início da ordenha. Além da construção afetiva, as mães buscam cumprir o seu papel social, e sacrificam-se para ordenhar o LM, apesar do sofrimento decorrente das lesões ocasionadas pela ordenha manual. A ordenha é a primeira forma de oferta do LM aos RNP, e dá às mães um sentimento de contribuição (Bower et al., 2017), mas também causa dor (Flaherman et al., 2016). Dentro desse processo, inserem-se os profissionais da saúde, que gerenciam o AM como uma questão de produtividade e longevidade em relação às normas e metas (van Wijlen, 2019), e os medos e ansiedades de mães que amamentam ficam em segundo plano (Ericson & Palmér, 2019). É necessário o conhecimento preciso sobre maneira de ordenhar para facilitar o sustento dessa prática (Gianni et al., 2018).

Diante das dificuldades, os esforços maternos, podem resultar em sentimento de derrota, diante de respostas oriundas do RNP como intolerância alimentar, choro e agitação na mamada, ou sonolência e recusa do seio. Suas expectativas são abaladas e elas envergonham-se diante dos profissionais, dos parceiros, dos familiares e dos amigos (Palmér et al., 2015). O sofrimento acumulado ao longo do processo leva as mães a ressignificarem a amamentação.

As mães utilizam seus conhecimentos acumulados para buscar caminhos seus de adaptação, entre as suas necessidades, as necessidades do filho, as normas morais, as opiniões de pessoas próximas e dos profissionais de saúde (Ericson & Palmér, 2019). Estudo de (Hoban et al., 2015) apontou que a intenção de amamentar modificou-se ao longo da hospitalização dos filhos. Esta foi maior nos primeiros 15 dias do que antes do parto, para a maioria das mães, e menor à medida que o tempo de hospitalização progride, possivelmente devido à redução da produção do LM e à estabilização do estado de saúde dos RNP.

Por fim, as mães deste estudo pensaram em alternativa ao LM exclusivo. Nenhuma das participantes relatou intenção de parar de amamentar. Mas em outro contexto, algumas mães desistiram depois de se sentirem incapazes de fornecer o volume suficiente de LM para atender as necessidades do RNP (Palmér et al., 2015). Outras mães ainda relataram intenção de utilizar outro leite no intuito de facilitar a participação de diferentes pessoas na alimentação do RNP (Felice et al., 2017). Assim como neste estudo, mães com filhos na UTIN mantiveram oferta regular do LM, embora não suprimindo completamente seus bebês, por acreditar que ainda estavam lhes beneficiando com a quantidade de LM que podiam fornecer (Froh et al., 2017).

O modelo teórico construído permite compreender as atitudes maternas e seus sentimentos em relação à amamentação, oferecendo ferramentas para intervenções capazes de reorientar as estratégias de promoção da amamentação. Os depoimentos das participantes demonstram que é fundamental evitar as práticas definidas unilateralmente a partir de conhecimentos técnico-científicos dos profissionais da saúde. Já não é aceitável o posicionamento de profissionais detentores do conhecimento que ditam conduta para ser aderida/depositada/seguida, sem considerar as mães em sua integralidade (VAN WIJLEN, 2019). Conhecer o olhar materno vai possibilitar considerá-lo durante as ações de saúde por parte dos profissionais. Além disso, as conclusões deste estudo podem ser utilizadas já na formação desses profissionais, permitindo que sejam capazes de prestar melhores cuidados.

O conhecimento gerado neste trabalho é um importante passo, de outros que ainda são necessários para que esta teoria substantiva seja ampliada para chegar à categoria de teoria formal. É necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que integrem todos os demais sujeitos citados pelas mães por estarem envolvidos nos problemas delineados neste modelo teórico, para levantamento de seus conhecimentos e experiências acerca da amamentação na prematuridade. Além disso, faz-se pertinente a realização de um estudo de validação deste modelo teórico pelo próprio público de mães de prematuros, explorando suas outras potencializadas na comparação com mães de diferentes características socioeconômicas, e em diferentes contextos de assistência hospitalar, de forma a permitir a construção de planos de ação a serem executados e avaliados para constante melhoria da qualidade da assistência à amamentação e promoção da saúde materno-infantil.

Limitações

Acreditamos que ao realizar o convite para participar desta pesquisa expondo seus objetivos, inclui-se um viés eticamente impossível de se desvencilhar: a possibilidade de incluir apenas participantes que apresentam afinidade com o tema em questão. Além disso, apesar da utilização dos grupos focais como técnica de coleta de dados propiciar a exposição da intersubjetividade, que é objeto de interesse deste estudo, pode trazer limitações, como a atuação de sujeitos com perfil mais influente na persuasão de outros e a omissão daqueles com perfil mais introvertido; apesar dos esforços dos pesquisadores na mediação dessas situações, não se pode garantir que não tenha ocorrido.

CONCLUSÕES

A experiência de amamentação na prematuridade tem uma dimensão fortemente subjetiva. No início do processo de hospitalização do RNP, a amamentação é vista como relação afetiva, permeada pela sensação de dever materno não cumprido, diante da interrupção precoce da gestação, que é fator motivador do intenso desejo de amamentar exclusivamente. Porém, a partir das vivências do percurso, com as dificuldades derivadas do ambiente, da relação com os profissionais e das próprias limitações de lactação, amamentar passa a significar para elas uma forma de contribuir para a saúde do RNP. Assim, o desejo de ser a única provedora da alimentação do RNP substitui-se pelo plano de realizar a amamentação de acordo com suas reais possibilidades, seja ele misto ou exclusivo.

REFERÊNCIAS

- Alves, E., Magano, R., Amorim, M., Nogueira, C., & Silva, S. (2016). Factors Influencing Parent Reports of Facilitators and Barriers to Human Milk Supply in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Human Lactation*, 32(4), 1–9.
<https://doi.org/10.1177/0890334416664071>
- Boccolini, C. S., Boccolini, P. M. de M., Monteiro, F. R., Venâncio, sonia I., & Giugliani, E. R. J. (2017). Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1–9.
- Bower, K., Burnette, T., Lewis, D., Wright, C., & Kavanagh, K. (2017). “I Had One Job and That Was to Make Milk”: Mothers’ Experiences Expressing Milk for Their Very-Low-Birth-Weight Infants. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 188–194.
<https://doi.org/10.1177/0890334416679382>

- Briere, C. E., McGrath, J. M., Cong, X., Brownell, E., & Cusson, R. (2016). Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. *Applied Nursing Research*, 32, 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.04.004>
- Casey, L., Fucile, S., & Dow, K. E. (2018). Determinants of Successful Direct Breastfeeding at Hospital Discharge in High-Risk Premature Infants. *Breastfeeding Medicine*, 13(5), 346–351. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0209>
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: Um guia prático para análise qualitativa*. Editora Artmed.
- Constituição Federativa do Brasil, 514 (1988).
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Depressão Infantil: Uma abordagem psicossocial*. Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba.
- Ericson, J., & Palmér, L. (2019). Mothers of preterm infants' experiences of breastfeeding support in the first 12 months after birth: A qualitative study. *Birth*, 46(1), 129–136. <https://doi.org/10.1111/birt.12383>
- Ericson, J., Flacking, R., Hellström-Westas, L., & Eriksson, M. (2016). Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: A register study over 10?years. *BMJ Open*, 6(12), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012900>
- Esquerra-Zwiers, A., Rossman, B., Meier, P., Engstrom, J., Janes, J., & Patel, A. (2016). It's Somebody Else's Milk: Unraveling the Tension in Mothers of Preterm Infants Who Provide Consent for Pasteurized Donor Human Milk. *Journal of Human Lactation*, 32(1), 95–102. <https://doi.org/10.1177/0890334415617939>
- Felice, J. P., Geraghty, S. R., Quaglieri, C. W., Yamada, R., Wong, A. J., & Rasmussen, K. M. (2017). “Breastfeeding” but not at the breast: Mothers' descriptions of providing pumped human milk to their infants via other containers and caregivers. *Maternal and Child Nutrition*, 13(3), 1–9. <https://doi.org/10.1111/mcn.12425>
- Flacking, R., Thomson, G., & Axelin, A. (2016). Pathways to emotional closeness in neonatal units - a cross-national qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0955-3>
- Flaherman, V. J., Hicks, K. G., Huynh, J., Cabana, M. D., & Lee, K. A. (2016). Positive and negative experiences of breast pumping during the first 6 months. *Maternal and Child Nutrition*, 12(2), 291–298. <https://doi.org/10.1111/mcn.12137>
- Froh, E. B., Deatrck, J. A., Curley, M. A. Q., & Spatz, D. L. (2017). Mothers of Infants with Congenital Diaphragmatic Hernia Describe “breastfeeding” in the Neonatal Intensive Care Unit: “as Long as It's My Milk, I'm Happy.” *Journal of Human Lactation*, 33(3), 524–532. <https://doi.org/10.1177/0890334417709469>
- Gianni, M. L., Bezze, E. N., Sannino, P., Baro, M., Roggero, P., Muscolo, S., Plevani, L., & Mosca, F. (2018). Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatrics*, 18(283), 1–7.
- Gomes, J. M. de F., Carvalho, M. C. da V. S., Ferreira, F. R., & Vargas, E. P. (2016). Amamentação no Brasil discurso científico, programas e políticas no século XX. In *In: PRADO, SD., et al. orgs. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ (Vol. 5).* <https://doi.org/10.7476/9788575114568>
- Herich, L. C., Cuttini, M., Croci, I., Franco, F., Lallo, D. Di, Baronciani, D., Fares, K., Gargano, G., Raponi, M., & Zeitlin, J. (2016). Maternal Education Is Associated with Disparities in Breastfeeding at. *The Journal of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.046>
- Hoban, R., Bigger, H., Rossman, B., Fogg, L. F., & Meier, P. (2015). Goals for Human Milk Feeding in Mothers of Very Low Birth Weight Infants : How Do Goals Change and Are

- They Achieved. *Breastfeeding Medicine*, 10(6), 11–13.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0047>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020, Julho 14). Cidades. Bahia. Feira de Santana. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades.
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>.
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in nicu: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Jones, R., Jones, L., & Feary, A. M. (2016). The Effects of Single-Family Rooms on Parenting Behavior and Maternal Psychological Factors. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(3), 359–370.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.015>
- Lankshear, C., & Knobel, M. (2008). Pesquisa pedagógica: Do projeto à implementação. Editora Artmed.
- Lau, C. (2018). Breastfeeding Challenges and the Preterm Mother-Infant Dyad: A Conceptual Model. *Breastfeeding Medicine*, 13(1), 8–17. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0206>
- Leal, F. A. (2019). A tristeza comum da mãe: Reflexos sobre o estado psíquico do pós-parto. Editora CRV.
- Leal, M. D. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V. B., Aquino, E. M. L., Barreto, M. L., Barros, F., & Victora, C. (2018). Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1915–1928. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
- McQuarrie, E. F., & Krueger, R. A. (1989). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. In *Journal of Marketing Research* (Vol. 26, Issue 3). SAGE Publications.
<https://doi.org/10.2307/3172912>
- Méio, M. D. B. B., Villela, L. D., Gomes Júnior, S. C. dos S., Tovar, C. M., & Moreira, M. E. L. (2018). Breastfeeding of preterm newborn infants following hospital discharge: Follow-up during the first year of life. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(7), 2403–2412.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.15742016>
- Ministério da Economia do Brasil (2019, novembro 15). Empresa cidadã. Receita Federal. Ministério da Economis.
<https://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/programa-empresa-cidada/orientacoes>
- Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2015). Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: A lifeworld hermeneutical study. *International Breastfeeding Journal*, 10(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s13006-015-0042-9>
- Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, 20 p. (2013).
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, publicada no diário oficial da união do Brasil nº 12 (2012).
- Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, publicada no diário oficial da união do Brasil nº 98 (2016).
- Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, Publicada diário oficial da união do Brasil nº 135 (2018).
- Rossmann, B., Greene, M. M., & Meier, P. P. (2015). The role of peer support in the development of maternal identity for “NICU Moms.” *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 44(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12527>

- Shattnawi, K. K. (2015). Suspended liminality: breastfeeding and becoming a mother in two NICUs. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4(2), 75.
<https://doi.org/10.14419/ijans.v4i2.4877>
- Smith, P. H. (2018). Social Justice at the Core of Breastfeeding Protection, Promotion and Support: A Conceptualization. *Journal of Human Lactation*, 34(2), 220–225.
<https://doi.org/10.1177/0890334418758660>
- Tardivo, L. S. D. L. P. C. (2017). *O procedimento de desenhos-estórias na clínica e na pesquisa: 45 anos de percurso*. 1506.
- Trinca, W. (1976). *Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Editora Interlivros.
- Van Wijlen, J. E. (2019). Breastfeeding woman or lactating object? A critical philosophical discussion on the influence of Cartesian dualism on breastfeeding in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 1022–1031.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14686>
- Van Wijlen, J. E., & Aston, M. (2019). Applying Feminist Poststructuralism as a Framework for Exploring Infant Feeding Interactions in the Neonatal Intensive Care Unit. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 1(1), 59–72.
<https://doi.org/10.25071/2291-5796.12>
- Vieira, G. O., Martins, C. D. C., Vieira, T. D. O., De Oliveira, N. F., & Silva, L. R. (2010). Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *Jornal de Pediatria*, 86(5), 441–444. <https://doi.org/10.2223/JPED.2010>
- Vigotsky, L. S. (1984). *A formação social da mente*. Editora WMF Martins Fontes.
- World Health Organization. (2019, march 23). Breastfeeding. Retrieved from the World Health Organization website: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra (N = 24).

Características	H1	H2	Total
	N=12	N=12	N=24
	n(%)	n(%)	n(%)
Idade materna			
< 20 anos	2 (17)	3 (25)	5 (21)
20 a 29 anos	10 (83)	5 (42)	15 (62)
30 a 39 anos	-	3 (25)	3 (13)
≥ 40 anos	-	1 (8)	1 (4)
Estado civil			
Solteira	5 (42)	4 (33)	9 (38)
União estável	2 (16)	5 (42)	7 (29)
Casada	5 (42)	3 (25)	8 (33)
Escolaridade máxima			
Analfabeta	-	-	-
< Ensino fundamental completo	2 (17)	2 (17)	4 (17)
Ensino fundamental completo	5 (42)	2 (17)	7 (29)
Ensino médio completo	5 (42)	6 (49)	11 (46)
Ensino superior completo	-	2 (17)	2 (8)
Trabalho			
Desempregada ou não remunerada	6 (50)	6 (50)	12 (50)
Trabalho formal ou estuda	2 (17)	2 (17)	4 (17)
Trabalho informal	4 (33)	4 (33)	8 (33)
Renda familiar			
≤ 1 salário mínimo	5 (42)	4 (33)	9 (38)
1-2 salários mínimos	3 (25)	2 (17)	5 (21)
≥ 2 salários mínimos	4 (33)	2 (17)	6 (25)
Não declarado	-	4 (33)	4 (17)
Raça/cor			
Preta	4 (33)	2 (17)	6 (25)
Parda	7 (59)	6 (50)	13 (54)
Branca	1 (8)	2 (17)	3 (13)
Amarela	-	1 (8)	1 (4)
Não declarado	-	1 (8)	1 (4)

Fonte: Dados originais desta pesquisa.

Tabela 2. Experiência de amamentação na prematuridade.

CATEGORIAS	CÓDIGOS FOCAIS	DEPOIMENTOS E OBSERVAÇÕES
Ansiando amamentar exclusivamente para relacionar-se com o RNP, mas temendo não conseguir	Ansiando amamentar o recém-nascido prematuro	“eu tenho muita vontade, anseio muito amamentar meu filho... isso é o que eu mais quero, estou contando os minutos pra isso acontecer. Mas quando penso em amamentar, lembro das dificuldades, do bebê aprender a sugar, tem uns que nem chegam a mamar porque põe traqueostomia, essas coisas (suspiro)”. (Daniela, UTIN, H2)
	Idealizando a amamentação como ato de amor	
	Preocupando com as dificuldades da amamentação	
Desejando amamentar exclusivamente para salvar o RNP das condições críticas pelas quais se sentem responsáveis	Sentindo-se distanciada do recém-nascido prematuro	"Algumas decisões que eu tomei em minha vida refletiram na gestação do meu filho. Com cinco meses, o meu VENTRE estava sendo o PIOR lugar para ele; ele teve restrição de crescimento, por conta dessas escolhas erradas que eu fiz. Alguns médicos me falaram que ele teria que ser tirado da barriga SEM nenhuma perspectiva de sobreviver ... meu filho veio me provar a FORÇA e o amor que uma mãe pode ter. Eu não pude ofertar esse amor durante os nove meses, mas eu quero provar tudo isso agora na amamentação. Eu estou contando, SEGUNDO APÓS SEGUNDO. Os médicos me falaram que eu vou começar dar a mama a ele já essa semana, então eu já SINTO que o amor é tão grande, que quando eu pego ele no meu colo °pra fazer carinho° eu sinto o meu peito enchendo de leite". (Renasci, UTIN, H1)
	Assustando-se com as condições do recém-nascido prematuro	
	Vivenciando o medo da morte do recém-nascido prematuro	
	Atribuindo a prematuridade a comportamentos prévios	
Experimentando desconforto físico, confusão de sentimentos e pressões	Vivenciando o desconforto da estrutura hospitalar	No Leito 5 da UTIN do H1, Mylla volta a tentar alimentar sua filha. Tenta primeiro um seio e depois outro. Chama a equipe de saúde para ajudá-la, mas eles só atendem seu pedido 35 minutos depois, com o choro da bebê irradiando a UTIN. Então profissional de saúde se aproxima, tira o RNP do colo da mãe e a manda lavas as mãos. Enquanto a mãe ordenha um seio, a outra profissional de saúde balança a bebê no colo tentando acalmá-la, e diz em tom baixo "aí fica difícil, ela nem bico do peito tem". Enquanto a mãe ordenha o outro peito, o leite é ofertado pela profissional, e o RNP para de chorar. A seguir, ela entrega a bebê e a seringa a mãe, para que ela termine de alimentá-la. Às 15h45 a avó da bebê chega e fica ao lado da filha que aninha a filha no colo. A avó fala que a saída da bebê na UTIN está condicionada à sua alimentação adequada. A mãe do RNP fala de suas dificuldades em amamentar, mas a vó reitera "não tem nada difícil, você tem que se acostumar. Estimule o peito constantemente". Após a conversa, a avó vai embora e a mãe põe a bebê no leito novamente.
	Desejando retornar para casa	
	Recebendo pressões internas e externas	
	Sentindo-se confusa	

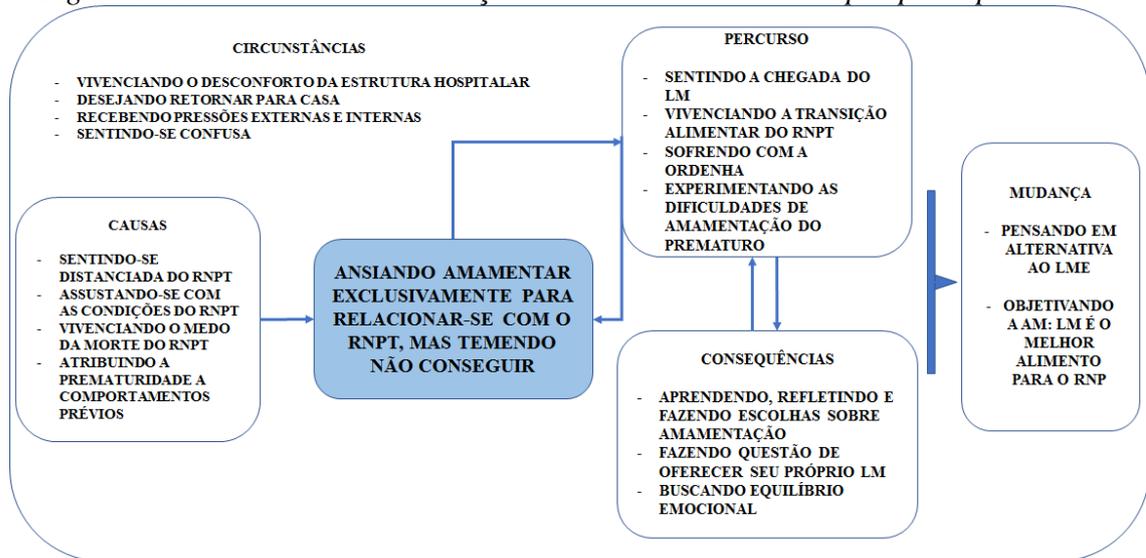
(continuação)

Tabela 2. (continuação)

CATEGORIAS	CÓDIGOS FOCAIS	DEPOIMENTOS E OBSERVAÇÕES
Sofrendo ao longo do processo da amamentação	Sentindo a chegada do leite materno	"Meu bebê tava chorando, então perguntei à doutora se ele estava com dor, e ela disse que não sabia, mas veio e colocou o dedo na boca dele. Esse menino puxou com uma força tão grande que ela riu muito, "chega morde chega que morde". Eu então iniciei a ordenha pra dar, pra dar ele, enquanto a técnica pegava a seringa. Mas antes de dar o leite, ela puxa pra ver se tá fazendo digestão. Quando ela puxou, veio um líquido preto, 10mL, ô tristeza muito grande! Ver que ele quer mamar, mas não pode! Foi de doer o coração ver ele chorando, sugando com tanta vontade e... e não aceitar o meu leite! Foi muito triste isso!" (Dani, H1, UTIN).
	Vivenciando a transição alimentar do recém-nascido prematuro	
	Sofrendo com a ordenha	
	Experimentando as dificuldades de amamentação do prematuro	
Aprendendo, refletindo e fazendo escolhas sobre AM	Fazendo questão de oferecer seu próprio leite	Na UTIN do H2, Débora está bem nervosa hoje, ela passa as mãos sobre o rosto e coça a cabeça. Ela refere preocupação, pois seu leite ainda não é suficiente para seu filho, mas o BLH suspendeu o envio do leite doado, devido ao critério de peso, do qual seu filho acaba de ser excluído. Ela mostra-se disposta a tentar ordenhar pelo tempo que for necessário. Sua filha precisa de 22ml, mas ela só consegue 06ml. Equipe de saúde então solicita o complemento naquele horário. Quando o leite chega e é oferecido ao seu filho, a intensidade do alívio é expressado claramente pela genitora, que passa a cantarolar.
	Buscando equilíbrio emocional	
	Aconselhando manter a ordenha	
	Associando sua alimentação com a lactação	
	Avaliando o método canguru	
	Lembrando das orientações do pré-natal	
Pensando em alternativa ao leite materno exclusivo	Desejando continuar amamentar	"Ah, eu acho a produção do meu leite pouca, as meninas do banco de leite falaram que não, mas eu acho. Se ficar mais fraco, eu vou ter que dar outro leite. Porque não vou deixar ele com fome" (Lai, Canguru, H1)
	Sentindo-se insegura com a amamentação em casa	
	Pretendendo complementar com fórmula láctea	
		"A gente tem muita dificuldade... e eu fico pensando, meu Deus quando eu chegar em casa... Pensando que meu filho tem que receber muito cuidado, muita preocupação, muito acompanhamento. eu tenho um bocado de amiga que disse que quando eu precisasse, eu poderia chamar pra me ajudar (Debora, H1 Canguru)

Fonte: Dados originais desta pesquisa.

Figura 1: Modelo teórico de lactação e aleitamento materno após parto prematuro.



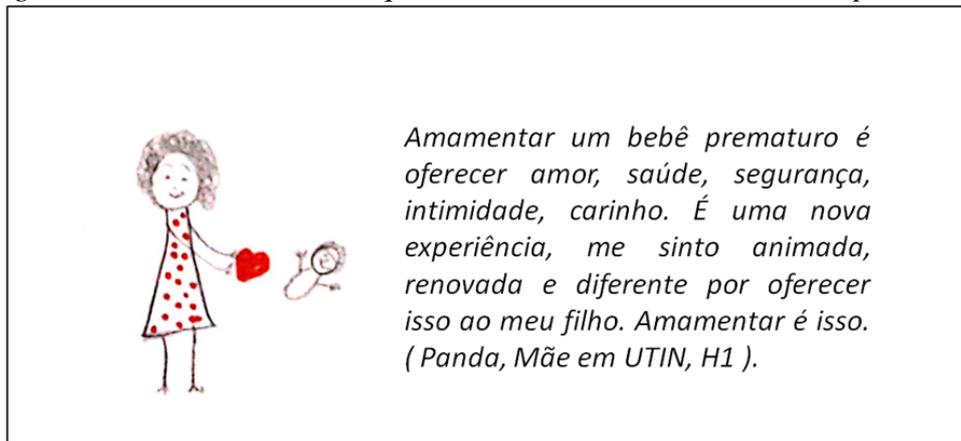
RNP: recém-nascido prematuro;

LM: leite materno;

LME: leite materno exclusivo;

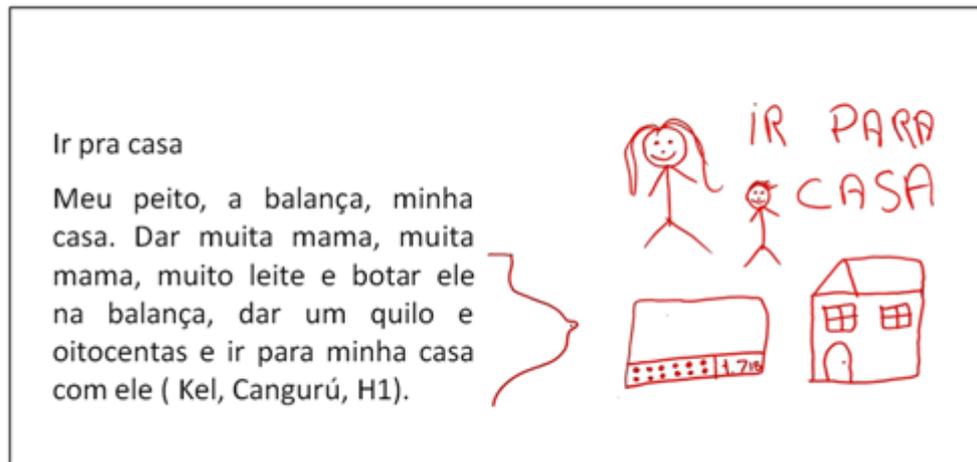
AM: aleitamento materno

Figura 2. Desenho-estória: o que é amamentar um recém-nascido prematuro



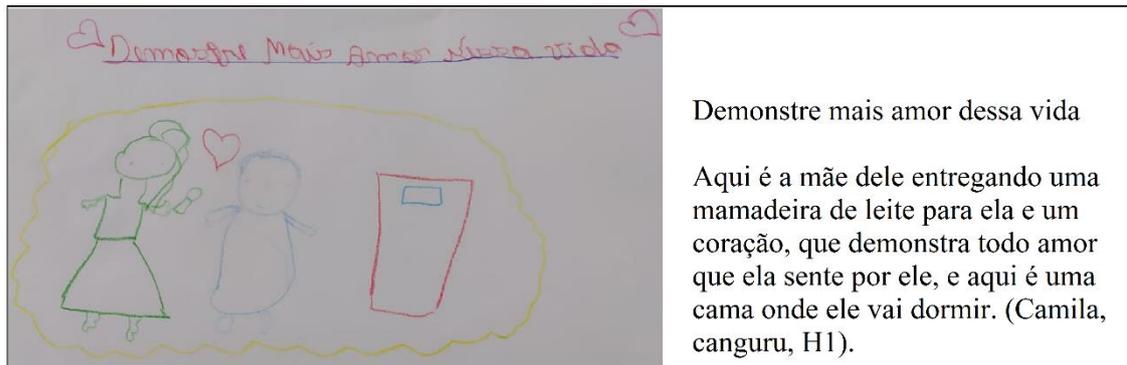
Nota. Figura produzida por participante durante a coleta deste estudo.

Figura 3. Desenho-estória: Amamentar para ir para casa



Nota. Figura produzida por participante durante a coleta deste estudo.

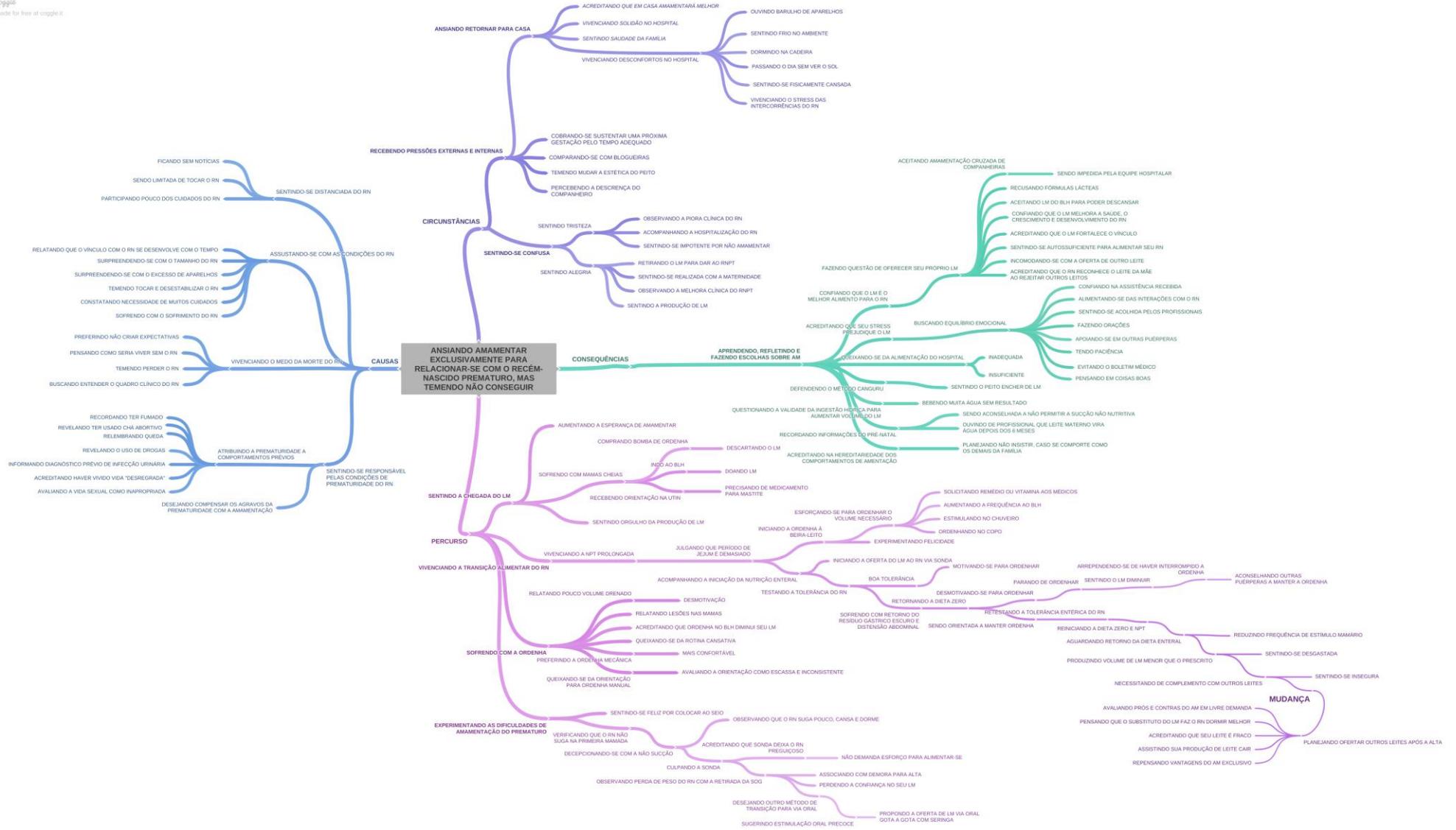
Figura 4. Desenho-estória: ofertando mamadeira com amor



Nota. Figura produzida por participante durante a coleta deste estudo.

APÊNDICE F – GRÁFICO DE CÓDIGOS

coggle
made for free at coggle.it



ANEXO A – AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)**Autorização da Instituição**

Eu, Charline de Almeida M. Portugal, responsável pelo complexo materno-infantil do Hospital Inácia Pinto dos Santos, declaro que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo o acesso aos dados dos pacientes, e permitiremos a realização de grupo focal com puérperas e entrevistas com colaboradores para serem utilizados no Projeto intitulado “Construção e validação de cartilha educativa com abordagem participativa para favorecer lactogênese entre puérperas após parto prematuro” após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana. Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se, os mesmos, a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Feira de Santana, 10 de junho de 2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Charline de Almeida M. Portugal'.

Charline de Almeida M. Portugal
Diretora Geral do Complexo Materno-Infantil
Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS)





Feira de Santana, 29 de julho de 2019.

À Profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira

Orientadora do projeto de pesquisa – Universidade Estadual de Feira de Santana

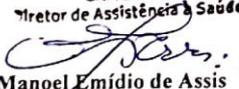
Eu, Drº Bruno Manoel Emídio de Assis, Diretor de assistência à saúde, do Hospital Estadual da Criança, sob gestão da Liga Álvaro Bahia contra mortalidade infantil, declaro que recebi o projeto de pesquisa **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA COM ABORDAGEM PARTICIPATIVA PARA FAVORECER LACTOGÊNESE ENTRE PUÉRPERAS APÓS PARTO PREMATURO”** da mestrande Mara Viana Cardoso Amaral, sob a orientação da Profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira.

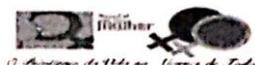
Autorizo a execução da pesquisa nesta Instituição mediante a apresentação do documento de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Ressalto que a versão do projeto aceito pelo Comitê de Ética deve ser enviada a essa diretoria para devido arquivamento.

Lembro que os pesquisadores devem se comprometer a seguir as normas e rotinas do Serviço e zelar pelo sigilo ético. A coleta, quando autorizada, deverá ser realizada a partir do contato do Núcleo de Educação com Coordenação do setor, para agendamento da coleta de dados. Caso necessário, a qualquer momento poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou que comprometa os princípios éticos. Ressalto que uma vez concluída a atividade da pesquisa deverá ser encaminhado ao Núcleo de Educação – HEC/LABCM I Gestão Hospitalar, uma cópia do relatório final com os resultados obtidos.

Atenciosamente,

Hospital Estadual da Criança
Dr. Bruno Manoel E. de Assis
CRM 23547
Diretor de Assistência à Saúde


Drº Bruno Manoel Emídio de Assis
Diretor de Assistência à Saúde - HEC/LABCM I



Feira de Santana, 31 de Outubro de 2019.

CI nº 241/2019

De: Educação Permanente

Para: Dr^a. Graciete Oliveira Vieira

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

O serviço de Educação Permanente **AUTORIZOU** a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA COM ABORDAGEM PARTICIPATIVA PARA FAVORECER LACTOGÊNESE ENTRE PUÉROERAS APÓS PARTO PREMATURO”**, realizado pela discente Mara Viana Cardoso Amaral sob Orientação da Professora Dra Graciete Oliveira Vieira. Para tanto, a pesquisadora realizará as seguintes emendas ao referido projeto, que encontram-se previamente autorizadas por esta unidade, desde que cumpram as normas institucionais:

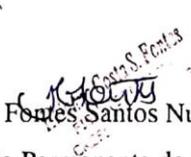
Observação sistemática da relação mãe-bebê dentro da UTI neonatal;

Coleta de dados através de diários e desenhos construídos pelas puérperas, tratando de suas experiências relacionadas ao aleitamento materno;

E entrevista com familiares dos pacientes que estiverem em visita no hospital.

Reitero que a coleta de dados desta emenda só poderá acontecer mediante parecer favorável do Comitê de ética.

Atenciosamente,


Halanna Costa Fontes Santos Nunes/ Crefito: 178217

Coordenadora da Educação Permanente do Hospital Inácia Pinto dos Santos



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Feira de Santana, 23 de outubro de 2019

De: Graciete Oliveira Vieira
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde/UEFS

À Coordenação de Educação Permanente do Hospital Estadual da Criança

Tendo em vista que o HEC se constitui campo para desenvolvimento da pesquisa intitulada "Construção e validação de cartilha educativa com abordagem participativa para favorecer a lactogênese entre puérperas após parto prematuro", cuja pesquisadora responsável é Mara Viana Cardoso Amaral, e que foi autorizada por este hospital no dia 29/07/2019, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS (CEP/UEFS), CAAE 17004819.1.0000.0053, venho solicitar autorização para realizar as seguintes emendas ao referido projeto:

- Participação do HEC também na fase de diagnóstico situacional e levantamento de conteúdo, especificamente no que toca a realização de grupos focais com as puérperas após parto prematuro. Anteriormente, estava previsto apenas entrevistas individuais para validação do constructo.
- Observação sistemática da relação mãe-bebê dentro da UTI neonatal;
- Coleta de dados através de diários e desenhos construídos pelas puérperas, tratando de suas experiências relacionadas ao aleitamento materno;
- E entrevista com familiares dos pacientes que estiverem em visita no hospital.

Essas emendas foram sugeridas pela banca de qualificação do referido projeto. Informo que a coleta dos dados através dos procedimentos anteriormente aprovados será iniciada independente dessas emendas, mas nos comprometemos a realizar os procedimentos das emendas somente se aprovadas por essa instituição.

Contamos com vossa colaboração.

Atenciosamente,

Graciete Oliveira Vieira

Graciete Oliveira Vieira
gracieteoliveira@gmail.com

*Mara Viana
24.10.19*

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA COM ABORDAGEM PARTICIPATIVA PARA FAVORECER LACTOGÊNESE ENTRE PUÉRPERAS APÓS PARTO PREMATURO

Pesquisador: Mara Viana Cardoso Amaral

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17004819.1.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

EMENDA APROVADA

A EMENDA está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que a EMENDA proposta ao projeto de Pesquisa foi Aprovada e satisfaz às exigências da Res. 466/12 e da Res. 510/16. Assim, pode ser iniciada a coleta de dados com novos participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

ANEXO C – ANUÊNCIA DA PSICÓLOGA

Feira de Santana, 02/09/2019

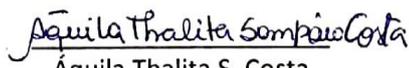
De: Áquila Thalita Sampaio Costa
Psicóloga
CRP – 03/11601

Para: Mara Viana Cardoso Amaral
Pesquisadora Responsável pelo projeto “Construção e validação de cartilha educativa com abordagem participativa para favorecer lactogênese entre puérperas após parto prematuro”

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para fins de direito que na condição de psicóloga me disponho a colaborar na pesquisa “Construção e validação de cartilha educativa com abordagem participativa para favorecer lactogênese entre puérperas após parto prematuro” realizando de forma gratuita acompanhamento psicológico das puérperas participantes pelo tempo que for necessário.

Atenciosamente,


Áquila Thalita S. Costa
Psicóloga
CRP – 03/11601