

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

Caroline Sissy Tronco

**REDE DE APOIO PARA O ALEITAMENTO MATERNO NA
PREMATURIDADE TARDIA**

Porto Alegre
2017



CAROLINE SISSY TRONCO

**REDE DE APOIO PARA O ALEITAMENTO MATERNO NA
PREMATURIDADE TARDIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Cuidados de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha.

**Porto Alegre
2017**


CAROLINE SISSY TRONCO

Rede de apoio para o aleitamento materno na prematuridade tardia

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


Aprovada em Porto Alegre, 27 de outubro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer

Membro – EENF/UFRGS



Profa. Dra. Cecilia Debres Pedron

Membro – ULBRA

Dedico este trabalho à minha rede de apoio, composta por meus pais[,] que nunca mediram esforços para tornar meus sonhos realidade, meu marido, amigo e grande amor que sempre me incentiva a crescer e que embarcará comigo na grande aventura de cuidar de uma filha, nossa pequena(.) Luísa, aquela que ainda nem chegou e que já amo de uma forma inexplicável.



AGRADECIMENTOS

Ao finalizar uma jornada tão longa e árdua como esta, é impossível não parar por uns instantes e refletir sobre o que fizemos, conquistamos e principalmente quem esteve e está ao nosso lado. Assim, agradeço:

A Deus, por me proporcionar saúde, disposição e fé para traçar minha caminhada.

A meus pais Kuka e Ico por acreditarem em mim e por abrirem mão de seus sonhos em função dos meus, por compreenderem que para alcançar meus objetivos precisei alçar novos voos e me ausentar do convívio diário.

Ao meu marido, namorado, melhor amigo, confidente, Fernando, por estar sempre ao meu lado, me incentivar a seguir em frente, mesmo quando eu achava que não podia mais, por compreender os momentos de ausência, cansaço e mesmo assim manter-se ao meu lado.

À nossa menina, Luísa, o melhor presente deste ano, com ela, o Fernando e a Lolla iniciarei uma nova aventura, a de ser mãe.

À minha irmã, Bibiana, a minha menina, por estar sempre ao meu lado nos momentos em que mais precisei.

À minha vó Vera (*in memoriam*), minha maior incentivadora, sei que, mesmo sem estar presente fisicamente ao meu lado, está sempre comigo me protegendo.

À minha madrinha,, Angela, muito mais do que madrinha uma verdadeira amiga.

Às minhas amigas-irmãs Roberta, Camila, Aline, Sabrina e Daiana, são mais de 20 anos de amizade, obrigada por fazerem parte da minha história.

Às minhas amigas Camila Alves e Micheli Capra, vocês são muito especiais em minha vida.

À minha grande amiga Crhis, minha inspiração para sempre seguir em frente, tenho muito orgulho em poder te chamar de amiga.

À minha orientadora Ana Bonilha, com certeza, sem o seu apoio, força e incentivo eu não teria chegado até aqui. Obrigada por acreditar em mim até mesmo quando eu não acreditava mais.

Às colegas de pesquisa Mariana e Jessica obrigada pelos momentos de trabalho e de descontração.

À banca de defesa Anne, Eva e Cecília por contribuírem com meu crescimento profissional.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por contribuir com o meu crescimento e amadurecimento profissional e pessoal. Vinda do interior do Rio Grande do Sul.

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, por possibilitarem minha (re) construção profissional e pessoal em cada momento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de Doutorado, foi fundamental para o aprofundamento dos constructos teóricos da pesquisa.



RESUMO

A prematuridade tardia, nascimento entre 34 e 36 semanas mais 6 dias, é um problema de saúde pública. Estes recém-nascidos representam cerca de 70% de todos os recém-nascidos prematuros nascidos. Devido ao fato de terem peso e tamanho semelhantes aos recém-nascidos a termo, na maioria das vezes suas especificidades de cuidados não são observadas, tanto pelos profissionais de saúde como pelas mães e suas famílias. Uma das principais particularidades desses recém-nascidos é a não coordenação respiração-sucção-deglutição, o que está diretamente relacionado às dificuldades para se alimentar. Com isso, o aleitamento materno dos recém-nascidos prematuros tardios possui especificidades e acredita-se que, se a mãe não receber apoio adequado na sua chegada no domicílio, após a alta hospitalar, a amamentação exclusiva ou de forma predominante não se estabelece. Os objetivos do estudo foram: descrever e analisar a rede social das mães de prematuros tardios no aleitamento materno; refletir sobre atenção ao aleitamento materno segundo as ações programáticas públicas vigentes. Método: pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, apoiada no Referencial Teórico Metodológico de Rede de Apoio de Sanicola. Foram entrevistadas 15 mães de recém-nascidos prematuros tardios por meio de visitas domiciliares, quando seus filhos completaram 15 dias de vida. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017. A análise dos dados se deu pela interpretação dos mapas de rede de apoio elaborados pelas mães e pelo tipo de apoio recebido. Percebeu-se que as redes de apoio dessas mães eram pequenas e frágeis e que o apoio prestado estava mais relacionado aos cuidados com os afazeres domésticos e com os cuidados com o recém-nascido, do que com o aleitamento materno. Ao se refletir sobre a atenção ao aleitamento materno a partir das ações, programas e políticas públicas, percebem-se uma sobreposição de objetivos e a não inclusão desses recém-nascidos nos programas, ações e políticas voltados para os prematuros, o que reforça a invisibilidade deles nos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Cuidado do lactente, Rede Social, Recém-Nascido Prematuro, Saúde Pública, Mães



ABSTRACT

Late prematurity, birth between 34 and 36 weeks plus 6 days, is a public health problem. These newborns account for about 70% of all preterm newborns born. Because they are similar in weight and size to full-term newborns, most often their care specificities are not observed by both health care providers and mothers and their families. One of the main peculiarities of these newborns is the non-coordination breathing-suction-swallowing which is directly related to the difficulties to feed themselves. Thus, breastfeeding of late preterm infants has specificities and it is believed that if the mother does not receive adequate support when she arrives at home after hospital discharge, exclusive or predominant breastfeeding is not established. The objectives of the study were: to describe and analyze the social network of mothers of late preterm infants in breastfeeding; reflect attention to breastfeeding according to the current public programmatic actions. Method: qualitative research, exploratory descriptive, supported in the Theoretical Framework of Sanicola Support Network. Fifteen mothers of late preterm infants were interviewed through home visits, when their children completed 15 days of life. Data collection took place from November 2016 to February 2017. Data analysis was based on the interpretation of the support network maps prepared by the mothers and the type of support received. It was noticed that the support networks of these mothers are small and fragile and that the support provided is more related to the housework and care of the newborn than to breastfeeding. Reflecting on the attention to breastfeeding from the actions, programs and public policies, there is an overlapping of objectives and the non-inclusion of these newborns in the programs, actions and policies aimed at the premature, which reinforces the invisibility of these health care.

Keywords: Infant Care, Social Networking; Infant, Premature; Public Health; Mothers.



RESUMEN

La prematuridad tardía, nacimiento entre 34 y 36 semanas más 6 días, es un problema de salud pública. Estos recién nacidos representan alrededor del 70% de todos los recién nacidos prematuros nacidos. Debido a que tienen peso y tamaño similares a los recién nacidos a término, la mayoría de las veces sus especificidades de cuidados no son observadas, tanto por los profesionales de la salud como por las madres y sus familias. Una de las principales particularidades de estos recién nacidos es la no coordinación respiración-succión-deglución lo que está directamente relacionada con las dificultades para alimentarse. Con ello, la lactancia materna de los recién nacidos prematuros tardíos tiene especificidades y se cree que si la madre no recibe apoyo adecuado a su llegada en el domicilio, después del alta hospitalaria, la lactancia exclusiva o de forma predominante no se establece. Los objetivos del estudio fueron: describir y analizar la red social de las madres de prematuros tardíos en la lactancia materna; reflexionar sobre atención a la lactancia materna según las acciones programáticas públicas vigentes. Método: investigación cualitativa, exploratorio descriptivo, apoyada en el Referencial Teórico Metodológico de Red de Apoyo de Sanicola. Se entrevistaron 15 madres de recién nacidos prematuros tardíos por medio de visitas domiciliarias, cuando sus hijos cumplieron 15 días de vida. La recolección de datos ocurrió en el período de noviembre de 2016 a febrero de 2017. El análisis de los datos se dio por la interpretación de los mapas de red de apoyo elaborados por las madres y por el tipo de apoyo recibido. Se percibió que las redes de apoyo de estas madres son pequeñas y frágiles y que el apoyo prestado está más relacionado a los cuidados con los quehaceres domésticos y con los cuidados con el recién nacido que con la lactancia materna. Al reflexionar sobre la atención a la lactancia materna a partir de las acciones, programas y políticas públicas se percibe una superposición de objetivos y la no inclusión de estos recién nacidos en los programas, acciones y políticas dirigidas a los prematuros, lo que refuerza la invisibilidad de los recién nacidos en la asistencia sanitaria.

Palabras-Clave: Cuidado del Lactante; Red Social; Recien Nacido Prematuro; Salud Pública; Madres.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ALEITAMENTO MATERNO	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DE SANICOLA	23
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 Tipo de estudo	28
4.2 Contexto do estudo	28
4.3 Coleta de Dados	29
4.4 Análise dos Dados	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Caracterização das participantes	38
5.2 A rede social das mães de recém-nascidos prematuros tardios.....	39
5.3 Apoio direto e indireto para o aleitamento materno na prematuridade tardia	61
5.4 As Políticas Públicas e a Rede de Apoio para o Aleitamento Materno na Prematuridade Tardia	71
6 CONSIDERAÇÕES	79
REFERÊNCIAS	82
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	92

1 INTRODUÇÃO

O interesse da pesquisadora pela prematuridade surgiu desde a graduação durante suas vivências no curso de Enfermagem. Na época, enquanto cuidava destas crianças prematuras, ou seja, que nascem antes de 37 semanas de gestação, aprendia e refletia sobre as suas necessidades de cuidados provocadas por um nascimento antecipado, no investimento em sua sobrevivência pelos pais e profissionais de saúde até o momento da alta hospitalar. Observava a necessidade de ampliar a atenção dos profissionais de enfermagem e da saúde para a família desses recém-nascidos, que vivencia sentimentos de angústia, ansiedade, medo e desesperança diante da incerteza da sobrevivência do recém-nascido e das consequências da prematuridade em sua saúde e desenvolvimento (TRONCO, 2010).

As inquietações da autora foram em parte respondidas na pesquisa de sua dissertação de mestrado, defendida no ano de 2012, a qual buscou compreender a vivência das mães de prematuros diante da manutenção da lactação dos seus filhos. Alguns aspectos se destacaram no estudo referido, como a necessidade das mães de explicar o motivo de seu filho ter nascido prematuro. Além disso, estas mães referiam o medo do desconhecido durante a internação na unidade de terapia intensiva neonatal, o desespero de ir para casa e ter que deixar o filho no hospital, a rotina de ir e vir do hospital para casa; a descrição do momento em que puderam amamentar seu filho pela primeira vez, percebido como extremamente significativo para as mães, pois somente a partir daquele momento as mães passavam a chamar o prematuro de filho (TRONCO, 2012).

A prematuridade é um problema de saúde pública mundial. Em levantamento realizado no ano de 2012, nos Estados Unidos por *March of Dimes Foundation et al. (2012)*, foi identificado que nascem anualmente cerca de 15 milhões de prematuros no mundo e que, destes, um milhão morre no período neonatal precoce, ou seja, entre zero a seis dias de vida. Outro dado relevante dessa pesquisa foi o fato de a prematuridade ser a segunda causa de morte em crianças com menos de cinco anos no mundo (HOWSON, 2012).

No Brasil, a prematuridade também é considerada uma das principais causas do componente neonatal precoce da mortalidade infantil (LANSKY et al., 2014). O país ocupa o décimo lugar em número de partos prematuros, com 279 mil por ano,

correspondendo a 9,2% de todos os nascimentos. No Rio Grande do Sul, a taxa de prematuridade correspondeu 12% em 2012, na cidade de Porto Alegre a taxa é de 12,2% (DATASUS, 2012).

Ao término do mestrado da pesquisadora outros questionamentos surgiram, como: o que acontece no domicílio quando estas mães de prematuros levam seus filhos para casa para que consigam amamentar? Quais são os apoios efetivos que recebem? De quem recebem apoio? Com quais profissionais e instituições buscam ou recebem ajuda para amamentá-los?

A autora, ao ingressar no doutorado, passou a ter contato com colegas do grupo de pesquisa que estudavam sobre a temática da prematuridade tardia e decidiu direcionar os estudos para a amamentação destes recém-nascidos. Os recém-nascidos prematuros tardios são aqueles que nascem entre 34 e 36 semanas e seis dias de idade gestacional, são semelhantes aos recém-nascidos a termo, em relação ao peso e ao tamanho e, na maioria das vezes, não necessitam de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (CARVALHO, 2011).

Os prematuros tardios representam cerca de 70% de todos os prematuros (McINNES, 2008), correspondendo a 7% de todos os nascimentos nos Estados Unidos (BENNETT et al., 2017). Em Porto Alegre/RS, a taxa de prematuros tardios em 2013 foi de 71,3% entre os nascimentos de prematuros ocorridos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local do presente estudo (BUENDGENS et al., 2017).

Raju (2006) identificou que, quando comparados aos recém-nascidos prematuros com idade gestacional menor, os recém-nascidos prematuros tardios possuem menor risco de morte e complicações, contudo, se comparados aos recém-nascidos a termo, a probabilidade se altera e os riscos aumentam significativamente. Após o estudo de Raju os recém-nascidos prematuros tardios passaram a ser vistos como um grupo com necessidades especiais.

Os recém-nascidos prematuros tardios ainda são considerados invisíveis tanto para os profissionais da saúde, que não os caracterizam como sujeitos de cuidado especial, quanto para as mães, que não reconhecem seus filhos como prematuros (PEDRON, 2013). Confirmando essa invisibilidade percebe-se a escassez de estudos acerca das particularidades desses recém-nascidos. Uma revisão publicada no ano de 2014, acerca da prematuridade tardia, constatou que poucos estudos brasileiros foram desenvolvidos (MACHADO JUNIOR, 2014).

Em relação às causas da prematuridade tardia destacam-se: partos espontâneos; rotura prematura de membranas, interrupções médicas e causas não documentadas (LAUGHON, 2010; GYAMFI-BANNERMAN, 2011; REDDY et al., 2009; HOLLAND et al., 2009). Corroborando com estes dados, Torres et al. (2014) destacam que a alta prevalência de cesarianas no Brasil pode ser causa de nascimentos de recém-nascidos prematuros tardios. A cesariana ocorre em cerca de 90% dos partos em hospitais privados brasileiros, o que sugere um número elevado de cesáreas eletivas antes do trabalho de parto e de nascimentos antecipados antes de 39 semanas de gestação. Esta situação preocupa, pois aumenta o risco de nascimento de recém-nascidos prematuros tardios, morbidade neonatal, e de desfechos negativos de longo prazo na vida destas crianças.

Em relação à morbidade e mortalidade dos recém-nascidos prematuros tardios, estudos apontam para maior morbidade quando comparados aos recém-nascidos a termo. As principais complicações são: respiratórias, metabólicas, sepse, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante, susceptibilidade à infecção pelo vírus sincicial respiratório, admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e prolongamento da internação (SANTOS, 2008; ARAUJO, 2012; TEUNE, 2011; CONSORTIUM, 2010; HERNANDEZ-DIAZ, 2007; DANI, 2009; MELAMED, 2009). E, em relação à mortalidade, quando comparados com os recém-nascidos a termo, a maior mortalidade dos recém-nascidos prematuros tardios não é apenas no período neonatal, mas se mantém nos primeiros cinco anos de vida, desaparece na segunda infância e adolescência e reaparece no adulto jovem (CRUMP, 2011).

Raby (2004) e Woythaler (2011) demonstraram possíveis efeitos em longo prazo da prematuridade tardia, como: maior risco de asma aos seis anos; maior frequência de retardo mental aos dois anos e de atraso no desenvolvimento psicomotor. Santos (2009) identificou crescimento inadequado aos dois anos de idade dos recém-nascidos prematuros tardios quando comparados com os recém-nascidos a termo.

Os recém-nascidos prematuros tardios possuem habilidades próprias conforme sua etapa maturativa em relação ao desenvolvimento fetal. Podem apresentar imaturidade e descoordenação das funções de sucção, deglutição e respiração, reflexo de tosse e imaturidade gástrica, como também menor organização dos estados comportamentais de sono e vigília (MCCAIN, 2003). O que afeta diretamente a forma de alimentar esses bebês, pois para serem amamentados devem possuir ritmo e

coordenação entre sucção-deglutição-respiração (SILVA; GUEDES, 2015). O estudo de Meier (2007) salienta maior dificuldade de amamentação na prematuridade tardia, o que leva ao desmame precoce, crescimento insuficiente e desidratação, além de icterícia relacionada à lactação.

Bennett et al. (2017) afirmam que as mães de recém-nascidos prematuros tardios que desejam amamentar exclusivamente, ou seja, apenas tendo o leite materno como fonte de alimento para seus filhos, podem se sentir despreparadas pelos comportamentos que estes recém-nascidos apresentam para mamar função de sua imaturidade. Estes autores citam que a pouca vitalidade e vigor dos recém-nascidos prematuros tardios aliados à pouca coordenação entre sucção-deglutição-respiração, a presença de menor sucção, menor período acordado e a condição de menor comportamento de alerta em relação ao recém-nascido a termo levam estes prematuros a uma insuficiente estimulação da mama e ao seu esvaziamento incompleto durante as mamadas.

Para Bennett et al. (2017) estes fatores determinam um aporte insuficiente de leite materno para o recém-nascido prematuro tardio, que com uma complementação de leite inadequada pode levar a hipoglicemia, icterícia e baixo ganho de peso. Para estes autores e para Walker (2008), os fatores referidos anteriormente levam a internações hospitalares, uso de suplementos lácteos e à separação entre mãe e recém-nascido.

Kao et al. (2011) ressaltam que a função oromotora e a sua maturação adequada é considerada como pré-requisito para o desenvolvimento neuropsicomotor e físico do recém-nascido por estar relacionada à ingestão de nutrientes, à fala e à interação com o ambiente. Em pesquisa realizada com recém-nascidos prematuros tardios, estes apresentaram reflexos de busca e sucção menos frequentes do que os recém-nascidos a termo, além de sono leve e sonolência, sucção esporádica ou sucção com pausas longas e/ou travamento e/ou tremores de mandíbula, indicando que os parâmetros de sucção não nutritiva, ou seja, os testes de sucção, diferem dos recém-nascidos a termo (KAO *et al.*, 2011).

Ludwig (2007) recomenda que o recém-nascido prematuro tardio seja criteriosamente observado para ser avaliada a sua prontidão para a alimentação oral plena e que as suas dificuldades, como o fato de apresentar uma sucção débil, deglutir com dificuldade, apresentar cansaço ao amamentar e pausas mais frequentes para respirar, sejam consideradas aspectos importantes no seu plano de cuidados.

O aleitamento materno é classificado em aleitamento exclusivo, quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte; aleitamento materno predominante, quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água; aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado) independente de receber ou não outros alimentos; aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além de leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não substituí-lo; aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2009a).

Alguns pesquisadores revelam pouco sucesso no aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros tardios (WALKER, 2008, SILVA; GUEDES, 2015, BENNETT et al., (2017). Bennet et al. (2017) recomendam que o aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios não deva ser esperado antes que a criança atinja a idade gestacional corrigida de 40 a 44 semanas. Isto significa que este período pode ser atingido entre seis a dez semanas após o nascimento do recém-nascido prematuro tardio.

Walker (2008) destaca que o aleitamento materno para as mães dos recém-nascidos prematuros tardios pode ser uma experiência difícil e frustrante e que estas mulheres precisam de planos de cuidados individualizados para compensar os comportamentos de amamentação do recém-nascido prematuro tardio provocados pela imaturidade fisiológica, metabólica e neurológica pelos mecanismos compensatórios limitados para se ajustar ao ambiente extrauterino.

Bennett et al. (2017) recomendam a prática de esgotamento completo das mamas, com ordenha manual ou elétrica, o uso de protetores mamilares e uso de complemento com leite ordenhado da própria mãe ou de fórmulas lácteas como recursos para a alimentação do recém-nascido prematuro tardio. Estes autores ressaltam que as mães necessitam de ajuda, pois a amamentação para estas crianças pode ser uma experiência desafiadora e de difícil manejo para elas.

Segundo McGrath (2007), devido às características específicas da prematuridade tardia, esses bebês necessitam de um período de sono prolongado. As mães podem identificar esse fato como necessidade de intervalos maiores entre as mamadas e menor necessidade de ingestão alimentar, no entanto, os recém-nascidos precisam de mais líquidos e alimentação. As mães devem ser orientadas acerca da importância da

estimulação e alimentação fracionada e completa, reduzindo o estresse para o ambiente familiar.

Ludwig (2007), Walker (2008) e Bennett et al. (2017) afirmam que o período que envolve a alta da maternidade para o domicílio, após o nascimento do recém-nascido prematuro tardio, requer um suporte mais efetivo dos profissionais e das instituições para que o aleitamento materno seja mantido.

Estudo realizado na Inglaterra (Rayfield, 2015) fez a associação entre o suporte para o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros tardios e a termo e constatou que os índices de aleitamento materno na alta hospitalar eram de 79,4% e em dez dias após o parto este índice caiu para 51,2% nos recém-nascidos prematuros tardios. Um dos motivos destacados por eles foi que as mães sentiam que não tinham recebido ajuda suficiente para amamentar no hospital, com isso, algumas mães entraram em contato com grupos de apoio na comunidade, o que ocasionou maior sucesso no aleitamento materno no domicílio. Isso evidencia a necessidade de suporte adequado durante todo o tempo em que a mãe estiver amamentando.

Walker (2008) recomenda que as mães e os recém-nascidos prematuros tardios sejam visitados pelos profissionais da atenção básica de saúde nos primeiros dois dias após a alta hospitalar. Ludwig (2007) considera essencial o apoio profissional para o desenvolvimento das habilidades para o aleitamento materno do recém-nascido prematuro tardio, também capacitado para dar suporte educacional para os pais. Esta autora considera vital o apoio e a educação dos pais dos recém-nascidos prematuros tardios, ainda na maternidade, para que ocorra uma transição tranquila e adequada para o domicílio. Ludwig (2007) e Bennett recomendam que o suporte aos pais e as ações para a promoção e manutenção do aleitamento materno sejam iniciados ainda na maternidade.

Pedron (2013), em sua minietnografia realizada na cidade de Porto Alegre com recém-nascidos prematuros tardios, que nasceram em dois hospitais certificados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, observou que a imaturidade fisiológica destas crianças e as repercussões desta no processo de alimentação destacam-se como um ponto a ser observado no cuidado pelos profissionais de saúde, pois algumas características da prematuridade tardia nem sempre foram associadas à imaturidade do recém-nascido, como o período prolongado de sono e as dificuldades para a amamentação.

Pedron (2013) destaca que as mães de recém-nascidos prematuros tardios possuem dificuldades com o aleitamento materno ainda na maternidade e que após a alta hospitalar a maioria das mães não mantém a amamentação em casa, apenas uma dentre quinze crianças foi amamentada predominantemente na mama até o terceiro mês de vida. Esse dado reforça a afirmação de que os recém-nascidos prematuros tardios possuem especificidades que precisam ser identificadas para que o cuidado no aleitamento materno seja eficaz.

Pedron (2013) identificou que as mães não reconhecem seus filhos como prematuros. Esse fato ressalta a necessidade de atenção e a importância da família no cuidado do recém-nascido prematuro tardio, e em especial da mãe, que acompanha seu filho e, muitas vezes, não conhece ou não compreende as necessidades que este possui e quais os cuidados que devem ser prestados.

Após o parto, com o nascimento do seu filho, a mulher encontra-se, em geral, mais fragilizada tanto física, como emocionalmente, e torna-se vulnerável à ocorrência de crises emocionais, necessitando de apoio para adaptar-se aos seus novos papéis, entre eles o de mãe e de nutriz. Lowdermilk et al. (2012) consideram que a adaptação da mulher ao novo papel de mãe pode ser afetada pelas suas relações com o parceiro ou parceira, com a sua própria mãe e com os outros filhos e pela condição do recém-nascido.

A amamentação é uma das experiências que a mulher enfrentará, com a maternidade, e envolve preocupações e dificuldades, pois, ao contrário do que se supõe por um longo período, a amamentação não é um ato completamente instintivo e depende de aprendizado, tanto da mãe como do recém-nascido, para que possa ocorrer com sucesso (MACHADO, 2008).

O ato de amamentar é próprio e inerente à mulher e apenas ela pode oferecer leite materno ao filho por meio de suas mamas. Por isso, muitas vezes a sociedade impõe uma responsabilidade sobre ela acerca da saúde do filho, responsabilizando-a como única pessoa capaz de contribuir para o sucesso do aleitamento materno. No entanto, é necessário levar em conta a relação complexa que se estabelece entre mãe, filho, família e sociedade, permeada por elementos tanto biológicos quanto sociais e culturais que interferem na amamentação (ALMEIDA, 2004).

As mães sofrem influência no processo de amamentação de experiências vividas, observadas ou transmitidas (SOUZA, 2006). Com isso, o papel de outras pessoas, como

corresponsáveis, pode auxiliá-la nesse processo, configurando-se como parte de sua rede social (SILVA, 2012).

Cañedo (2017) ressalta que o suporte adequado para as mães nos primeiros dias após o parto modifica consideravelmente a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao recém-nascido, bem como influencia na decisão de amamentar. Para os recém-nascidos prematuros, Cabral (2009) destaca que, mesmo as mães que participaram do Método Canguru e que receberam alta da maternidade amamentando seus filhos exclusivamente, ao chegarem no ambiente domiciliar, podem ser influenciadas por outras fontes de estresse tais como: a ausência de uma equipe de saúde para apoiar a manutenção da amamentação, a existência de conflitos com amigos e familiares sobre como cuidar e alimentar uma criança, além da descontinuidade nos modelos de atenção à saúde, o que pode levar as mães a diminuírem sua confiança em sua capacidade de amamentar.

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal que tem como base a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, desenvolvido em três etapas: a primeira inicia com a identificação das gestantes com risco de nascimento de um recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso. Com isso, a gestante e sua família recebem orientações e cuidados específicos. A segunda etapa se dá a partir do nascimento e da necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, com atenção especial ao estímulo da entrada dos pais nesses locais, no estabelecimento do contato pele a pele com o recém-nascido, estímulo à lactação e à participação dos pais nos cuidados com o filho. A terceira etapa inicia com a alta hospitalar, e exige acompanhamento ambulatorial criterioso do recém-nascido e sua família. (BRASIL, 2011b)

A partir dessas reflexões e das vivências da pesquisadora, questiona-se: Quais são os apoios recebidos pelas mães dos recém-nascidos prematuros tardios para amamentar seus filhos? Quem as apoia? Há profissionais da saúde e de instituições de saúde presentes no apoio?

O objetivo deste estudo foi analisar a rede de apoio das mães de recém-nascidos prematuros tardios quanto ao suporte no aleitamento materno e as ações programáticas públicas vigentes.

Acredita-se que a amamentação dos recém-nascidos prematuros tardios possui especificidades e a mãe necessita de apoio adequado na sua chegada ao domicílio, após

a alta hospitalar[,] para que a amamentação exclusiva ou de forma predominante se estabeleça.

São objetivos desta pesquisa descrever e analisar a rede social das mães de prematuros tardios no aleitamento materno e refletir sobre atenção ao aleitamento materno segundo as ações programáticas públicas vigentes.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ALEITAMENTO MATERNO

Desde a década de 70, muitas políticas públicas foram desenvolvidas para dar suporte à mulher durante essa fase da vida. Inicialmente, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1981, que tinha como objetivo reverter a situação do desmame precoce já instalada no país.

Por meio desse programa, em 1983, o Ministério da Saúde recomendou a adoção do sistema de alojamento conjunto, a criação de bancos de leite humano nas maternidades e, em 1988, a instituição das Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes, que combatia a suplementação alimentar para lactentes com fórmulas lácteas antes dos seis meses de idade. Mais tarde, em 1992, essa norma passou a ser denominada de Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (REIS, 2008; BRASIL, 2011a).

Em 1991, foi desenvolvido o Método Mãe Canguru, que tem como princípio básico o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso por longos períodos. Ele favorece o vínculo entre ambos, a troca de calor necessária para o desenvolvimento da criança e proporciona o aleitamento materno por livre demanda.

Em 1992 foi criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno. Esta iniciativa conduz a mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce por meio da adesão aos 10 passos: 1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde; 2- Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3- Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; 4- Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; 5- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6- Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico; 7- Praticar o Alojamento Conjunto, permitir que mães e

bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; 8- Encorajar o aleitamento sob livre demanda; 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; 10- Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório (REIS, 2008; BRASIL, 2009b).

Em 1999, o Governo Federal propôs iniciativas voltadas para o apoio ao aleitamento materno na Atenção Básica em Saúde. Nesse sentido, foi lançado o Programa Carteiro Amigo, onde estes, no mês de comemoração da Semana Mundial da Amamentação, distribuíam folhetos informativos nos domicílios onde residissem gestantes e crianças menores de um ano. Em 2002, os bombeiros aparecem como agentes apoiadores da prática da amamentação, com o projeto Bombeiros da Vida. Sua função era coletar no domicílio das mulheres leite ordenhado para aumentar os estoques de leite humano nos Bancos de Leite, além de apoiar as mães no manejo da amamentação (REIS, 2008).

No mesmo período, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação também é criada no Rio de Janeiro para estimular e dar subsídios para a rede básica de saúde implantar procedimentos de promoção, proteção e apoio à mulher que amamenta. A partir de então a prática do aleitamento materno começa a revelar índices mais satisfatórios, pois a duração mediana da amamentação, no Brasil, passou de 2,5 meses em 1970 para 10 meses em 1999. No entanto, os índices de aleitamento materno exclusivo estavam muito distantes dos recomendados pelo Ministério da Saúde (ALVES, 2013).

Em 2004, com o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil, o Ministério da Saúde teve a preocupação de desenvolver estratégias que fossem articuladas em rede, de modo que houvesse um trabalho em equipe, envolvendo todos os profissionais de saúde da atenção básica, com foco na interdisciplinaridade (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2011a).

Em 2008, o governo federal lança a estratégia Rede Amamenta Brasil. Com o objetivo de contribuir para o aumento dos índices de aleitamento materno por meio do desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma

prática integralizadora, considerando o contexto e as especificidades locais e regionais (MOURA, 2011; BRASIL, 2012a).

Em 2010, o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Internacional em Defesa dos Direitos de Amamentar – IBFAN Brasil e a organização Pan-Americana de Saúde, lançou a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, com o objetivo de incentivar a orientação sobre alimentação complementar como atividade de rotina nos serviços de atenção básica. Essa estratégia contempla a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar de qualidade e no tempo oportuno, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões do país (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha, criada em 2011, apresenta diretrizes para reduzir a morbimortalidade infantil, dentre elas encontra-se o incentivo ao aleitamento materno exclusivo como uma das prioridades da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2012a).

Em 2012, foi lançada a Rede Amamenta-Alimenta Brasil, resultado da união da rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional para Alimentação complementar saudável. A proposta de integração surgiu de demandas dos profissionais dos estados e dos municípios em trabalhar conjuntamente o aleitamento materno e a alimentação complementar, visto que as duas estratégias previam as mesmas ações e possuíam o mesmo público-alvo: os profissionais que atuam na atenção básica, mães, crianças e suas famílias (BRASIL, 2012a). Tem como fundamento a problematização e a reflexão crítica da realidade de cada mulher e familiares participantes no processo do aleitamento materno, na busca de soluções para melhorar essa prática (BRASIL, 2013).

Em 2013, em Porto Alegre, a área técnica de Nutrição e a Política de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde desenvolveram o Projeto Aconchego Mãe Bebê, que tem como objetivo melhorar os indicadores de saúde, promover a qualidade de vida e reduzir o adoecimento e a mortalidade materna e infantil. Trata-se de um espaço físico temático voltado para a amamentação e/ou aconselhamento materno para amamentação, que está implantado em algumas unidades básicas de atenção à saúde de Porto Alegre. O projeto foi criado a fim de assegurar o fortalecimento do vínculo mãe-bebê e a prática do aleitamento nas unidades básicas de

saúde. Esse ambiente é confortável e acolhedor e conta com equipe multidisciplinar preparada para auxiliar a dupla mãe-bebê nas eventuais dificuldades do processo de amamentação (PORTO ALEGRE, 2013).

Em 2014 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que reúne um conjunto de ações programáticas e estratégicas que visam garantir o pleno desenvolvimento da criança, em todas as etapas de sua vida, considerando sempre a diversidade cultural, tendo como prioridades a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a assistência e reabilitação à saúde, a defesa dos direitos da criança, desde a gestação até os nove anos de idade. Esta Política é uma construção conjunta do governo federal com estados e municípios, instituída em sete eixos estratégicos: aleitamento materno e alimentação complementar saudável; desenvolvimento integral da primeira infância; agravos prevalentes e doenças crônicas; prevenção de violência e acidentes e promoção da cultura da paz; crianças com deficiência e/ou situações de vulnerabilidade; prevenção do óbito infantil (BRASIL, 2015).

Quadro dos Programas de apoio ao aleitamento materno na prematuridade tardia, em 2017.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Mobilização de profissionais de saúde de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas para prevenir o desmame precoce por meio da adesão aos 10 passos.
Método Canguru	Princípio básico: o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso por longos períodos. Favorecendo o vínculo, a troca de calor necessária e proporcionando o aleitamento materno por livre demanda.
Rede Amamenta-Alimenta Brasil	Problematização e reflexão crítica da realidade de cada mulher e familiares participantes no processo do aleitamento materno na busca de soluções para melhorar essa prática.
Rede Cegonha	Reduzir a morbimortalidade infantil, incentivo ao aleitamento materno exclusivo das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.

3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DE SANICOLA

Nesta tese foi utilizado o referencial teórico metodológico de Sanicola (2015) e serão

apresentados a seguir os conceitos que embasam o mesmo.

A rede de apoio da mulher é uma fonte de incentivo/apoio ou de desestímulo ao aleitamento materno (MONTE, 2012). Por rede social de apoio entende-se um conjunto de relações interpessoais que determinam as características da pessoa, tais como: hábitos, costumes, crenças e valores, sendo que, dessa rede, a pessoa pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações. A expressão rede social tem finalidade, ainda, de indicar um conjunto de situações entre as quais se evidenciam relações afetivas, de amizade, de trabalho, econômica e social. A pessoa está, portanto, inserida em uma rede de relacionamentos na qual é vista como um sujeito social que interage com o mundo que o a circunda, influenciando-a e se deixando influenciar. Tais relações podem ser importantes em determinados períodos, irrelevantes ou ausentes em outros.

A rede social da mulher que amamenta é identificada como um dos fatores que mais influenciam na decisão da mulher em amamentar (PARIZOTTO, 2008). Durante o período de amamentação, a mulher partilha com sua família conhecimentos, experiências, hábitos e condutas, os quais influenciam o início e a manutenção do aleitamento materno. Para todas as pessoas, a família exerce algum tipo de influência em todas as etapas da vida, pois na família ocorrem as primeiras interações sociais desde o nascimento. No período da maternidade, em que a mulher precisa fazer muitas escolhas, não é diferente; a família torna-se referência para ela, sendo fonte de apoio e companheirismo, principalmente das figuras femininas, como mãe, avó, sogra e irmã.

O apoio no processo de amamentação é reconhecido pelas mulheres como essencial para o seu início e a sua manutenção. Esse apoio, que provém do contexto hospitalar, familiar e profissional, deve englobar a promoção e a proteção ao aleitamento materno.

Quando a mulher retorna ao seu contexto social após a maternidade, ela pode ter interferências na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento materno. Uma figura familiar determinante nas ações da puérpera é a sua mãe, pois é frequentemente seu principal referencial. Ela poderá transmitir tabus, crenças e proibições inerentes a

um dado contexto histórico-social, atuando dessa forma como elemento desestimulador ou estimulador para a amamentação, uma vez que ela é para a família um modelo a ser seguido nos cuidados com o bebê, inclusive no aleitamento materno (GONÇALVES, BONILHA, 2005).

Geralmente as pessoas mais velhas são as principais influenciadoras do processo de amamentação, haja vista que os conhecimentos são transmitidos dentro de uma família e de geração em geração. No entanto, outras pessoas significativas para as mulheres, como vizinhas, colegas de escola e parentes não consanguíneos, podem, por meio do contato diário, influenciar no período de amamentação, mesmo não fazendo parte da família nuclear.

O fato de as mulheres terem uma união estável e, portanto, o apoio do companheiro, parece também exercer influência positiva na duração do aleitamento materno. Tanto o apoio social e econômico, como o emocional e o educacional parecem ser importantes, pois, nesse momento, o companheiro, além de ser o provedor financeiro, auxilia a mulher nas atividades domésticas, tornando-se a pessoa que mais interfere nesses diferentes tipos de suporte (MONTE,2012).

A presença do companheiro é decisiva na instalação e manutenção do aleitamento materno. Portanto, o atendimento desde o pré-natal deve incluir nas suas atividades também o(a) companheiro(a), subsidiando contribuições para a melhoria dos índices do aleitamento materno.

Um atendimento qualificado, com acesso à informação e com apoio ao aleitamento materno deve iniciar no pré-natal e se estender durante o puerpério. É papel dos profissionais de saúde fornecer informações às puérperas e suas famílias sobre os benefícios do leite materno à saúde do recém-nascido e da sua mãe. O apoio que a mulher recebe durante o período de pós-parto na internação hospitalar é de fundamental importância para que se estabeleça o aleitamento materno e também para que a amamentação tenha continuidade após a alta hospitalar (GIULIANI, 2011).

Dificuldades de pega e posicionamento do recém-nascido, bem como traumas mamilares poderão ser causa de desmame, principalmente se a nutriz não receber aconselhamento e apoio dos profissionais de saúde após a alta hospitalar (GIULIANI, 2011). Para melhorar os índices de aleitamento materno encontrados no país, a proteção, promoção e apoio devem ser foco de trabalho dos diferentes profissionais que atendem as gestantes, puérperas, nutrizes e seus filhos. O acompanhamento e o apoio são

fundamentais para que sejam superadas eventuais dificuldades que se estabeleçam (CICONI, VENANCIO, ESCUDER, 2004, LAMOUNIER et al., 2008).

Segundo Oliveira et al. (2005), a rede básica de saúde é um ambiente incentivador da prática do aleitamento materno. Assim, é importante a atuação dos profissionais que acompanham a mãe e seu filho nas unidades de saúde, que, muitas vezes, em seu cotidiano de trabalho, enfrentam dificuldades para viabilizar e manter as práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Para apoiar as mães dos recém-nascidos prematuros tardios durante o aleitamento materno é necessário que os profissionais de saúde abordem os aspectos sociais relacionados ao aleitamento materno. Estes podem ser interpretados na subjetividade e singularidade de cada mulher, sendo condicionados pelas relações da mulher com seu meio social. Para isso, é necessário conhecer os conceitos de rede social, apoio social e rede de apoio.

Com enfoque no apoio social, a maioria dos estudos indica os aspectos favoráveis, tanto nas pessoas que recebem, como naquelas que oferecem o apoio, possibilitando o entendimento de que os indivíduos necessitam uns dos outros (GUERRA, 2006; SOUZA, 2006). Desse modo, acredita-se que, em situações de conflito, as relações mais próximas, os grupos de apoio e as redes sociais são fundamentais, pois ampliam os vínculos e possibilitam o acesso ao apoio emocional, informativo ou instrumental por outras fontes.

No apoio social são considerados os aspectos estruturais e funcionais das redes sociais, e nos estruturais estariam contidos dados em termos de condições objetivas que permeiam o processo de apoio social que, neste caso, seria uma das funções da rede social (SOARES, 2001).

O conhecimento da rede social em que uma pessoa e sua família estão inseridas permite a compreensão da dinâmica relacional, constituindo-se em subsídios para a reflexão e estabelecimento de ações de intervenção junto às pessoas atendidas (SANICOLA, 2015). A rede social, antes de ser um conceito, é um objeto, porque existe na realidade; há um trabalho de reflexão que reconhece esse objeto e lhe dá um nome, conferindo-lhe, portanto, um conceito (SOARES, 2001).

As redes sociais são como uma forma de relações sociais. Estas relações são distintas e se diferem de acordo com as duas grandes categorias: redes primária e

secundária, sejam formais ou informais; cada uma destas admite diferentes subtipos e modalidades (SANICOLA, 2015).

Nas redes primárias, os vínculos são de parentesco, amizade ou vizinhança e estão fundados sobre reciprocidade e confiança. Na rede primária o nó central se constitui na família, é um dos laços que não podemos escolher, é um ponto de referência. Dentro da família aprendemos a viver em relação, nela está a primeira experiência relacional da pessoa. É o primeiro e mais importante nó das redes, permanece ao longo do tempo, mesmo que se decomponha, a família continua presente tanto na experiência simbólica dos sujeitos quanto na experiência social e também é o primeiro capital humano e social da pessoa. A fragilidade do nó familiar enfraquece não só as redes, mas a sociedade como um todo, por outro lado, quanto mais sólido e competente é o nó familiar, do ponto de vista educativo e relacional, mais a família gera coesão social, participação cívica e empenho social (SANICOLA, 2015).

Os laços de vizinhança se dão a partir da proximidade física, mobilizam-se diante de uma necessidade de menor peso e circunscrita no tempo. Os vizinhos, muitas vezes, são um recurso importante, e as relações de amizade são as que expressam melhor o critério de preferência. Os laços de amizade se reduzem progressivamente ao longo da história dos indivíduos, quanto mais a pessoa envelhece, menor é o número de amigos presentes em sua rede. Isso é determinante por dois fatores de significado cultural: a vida de relações se dá no âmbito profissional e a família engloba todas as expectativas de relação social.

Três fatores levam à constituição das redes primárias: a história dos sujeitos, os encontros e acontecimentos ao longo da vida e os ciclos vitais. A história da rede de cada um começa com o nascimento, quando somos acolhidos pela família, a qual faz parte da rede primária, constituída por parentes, vizinhos, amigos, colegas de trabalho ou de tempo livre. À medida que o tempo passa as redes primárias se modificam, sofrem mudanças importantes, a ponto de terem profundas modificações em sua estrutura, nas funções desempenhadas pela própria rede e nas dinâmicas de relacionamento em seu interior e com outras redes.

Nas redes primárias, o princípio da organização se dá a partir do senso de dívida social, esse reconhecimento permite que se estabeleça uma relação de troca, na qual o meio de troca é marcado pela lógica da doação. A relação social é caracterizada pela lealdade horizontal e vertical entre as gerações. As redes sociais primárias constituem o

polo cultural da realidade social, o âmbito no qual são gerados e aprendidos os valores essenciais para a vida dos indivíduos, que são assumidos como ponto de referência fundamental para a orientação e a ação de uma pessoa na sociedade.

As redes secundárias podem ser informais e/ou formais, de terceiro setor, de mercado ou mistas. Diferem entre si pelo tipo de troca intercambiada.

A rede secundária informal é um desdobramento das redes primárias. Se constitui por grupos informais de ajuda mútua ou por ajudantes naturais e tem um nível muito baixo de estruturação. Geralmente essas redes se desfazem quando a necessidade é eliminada ou, ao contrário, se estabilizam e adquirem uma forma mais estruturada e formal, de cunho associativo. Assim, podem ser consideradas redes secundárias informais os grupos de ajuda mútua, pois, mesmo obedecendo regras próprias, são uma oportunidade de abertura das participantes à vida das redes de cada um, o que faz com que ultrapassem muito a dinâmica interna do grupo, inserindo nele dinâmicas de partilha ampliada. As ajudantes naturais prestam auxílio em situações de necessidade, possuem uma relação de proximidade física com a pessoa em dificuldade.

As redes secundárias formais formam o sistema de bem-estar social da população, fundamentam-se no princípio da igualdade, caracterizam-se pelas trocas baseadas no direito, em primeiro lugar o da cidadania, e utilizam a redistribuição como método e a lei como meio. Essas redes fazem parte do sistema normativo e constituem uma obrigação para a realidade social.

As redes de terceiro setor são as organizações sem fins lucrativos. Muitas vezes surgem a partir das redes primárias, pois nascem a partir de uma necessidade, organizam respostas, não que sejam obrigadas por lei, mas por uma exigência de partilha e proximidade com a realidade humana, a partir de valores comuns. Caracterizam-se como uma combinação de elementos, quer no princípio de organização, que conjuga dívida social com as normas, quer no método, que se desenvolve tanto na solidariedade quanto na redistribuição, quer no meio de troca, que conjuga a doação com a lei.

As redes de mercado pertencem à esfera econômica e baseiam-se no princípio da equivalência, e utilizam como método o mercado e como meio o dinheiro. A relação que nelas se estabelece é caracterizada pela possibilidade de saída, uma vez que esse tipo de rede não cria vínculos, a não ser em relação ao que se troca.



4 METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentados o tipo de estudo, contexto do estudo, a coleta de dados e a análise dos dados.

4.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos foi realizada uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2009) é a maneira pela qual se obtém um universo de significados que valoriza a fala do sujeito, os significados e os dados. Preocupa-se com o entendimento do contexto de um determinado fenômeno e com a explicação de comportamentos pelos conhecimentos aprofundados de um evento (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN; 2000).

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, a qual proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2008), pautada no referencial teórico metodológico de rede de apoio de Sanicola, a qual busca solucionar eventos críticos do cotidiano a partir do envolvimento e corresponsabilidade de todas as pessoas da rede social primária e secundária (SANICOLA, 2015).

4.2 Contexto do estudo

Conforme as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, a pesquisa foi encaminhada primeiramente para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA) com CAEE nº 57463716.3.0000.5327, e somente após estas aprovações deu-se início à aproximação e produção de dados (BRASIL, 2012b).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local do presente estudo, é reconhecido como Hospital Amigo da Criança. Nesta instituição é oferecida consultoria em lactação, visando à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno durante a hospitalização das mães e recém-nascidos, como parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. O grupo de consultoras em lactação é formado por uma enfermeira e uma nutricionista. Além do suporte durante a hospitalização, o hospital referido oferece a

orientação pós-alta às mães que amamentam e à comunidade em geral, por atendimento telefônico, conhecido como Disque Amamentação. No ano de 2013 nasceram 318 prematuros tardios neste hospital.

4.3 Coleta de Dados

Após a aprovação do estudo, realizou-se contato com a chefia de Enfermagem da Unidade de Internação Obstétrica, tendo em vista iniciar as atividades de aproximação ao cenário para desenvolver a produção dos dados. Esse encontro possibilitou conhecer o espaço físico da unidade, o fluxograma de atendimento, bem como suas normas e rotinas.

Para identificar as possíveis participantes da pesquisa realizou-se a busca no prontuário eletrônico das puérperas internadas na Unidade de Internação Obstétrica. Foram selecionadas 15 mães, das quais os recém-nascidos tinham idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, classificados pelo método de Capurro para determinação da idade gestacional, conforme rotina do Hospital. Foram excluídas as mães com recém-nascidos gemelares, com malformações congênitas, mães que tivessem alguma patologia que contraindicasse o aleitamento materno ou os recém-nascidos que necessitassem de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Após a seleção, foi realizada aproximação com as mães ainda na Unidade de Internação Obstétrica. Nesse momento, foram convidadas a participar da pesquisa, leu-se com elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após assinatura do mesmo (ANEXO A), foi realizada uma primeira entrevista no hospital (ANEXO B) e combinado o próximo encontro.

Os encontros com as 15 participantes aconteceram no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Na semana da realização do segundo encontro foi feito contato telefônico prévio com as participantes, a fim de combinar o melhor dia, horário e local para realização da entrevista. Das participantes, 13 optaram por realizar a entrevista no próprio domicílio e duas escolheram a Unidade de Saúde, considerada por elas mais adequada devido à facilidade de acesso. As entrevistas foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora.

No segundo encontro a entrevista teve o intuito de apreender como foi a adaptação às rotinas diárias e como estava a amamentação. Nesse momento também foi construído o mapa da rede de apoio.







As entrevistas foram gravadas com permissão de cada participante, por intermédio de um gravador digital, modelo MP3. Os dados coletados foram transcritos pela pesquisadora e arquivados em mídia digital e serão guardados por cinco anos a partir do encerramento do estudo, sendo destruídos após esse período, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. A gravação foi fundamental para preservar e registrar todos os detalhes das falas.

A identidade das mães foi preservada pelo uso da letra “M” para denominar a mãe, sendo numerada de acordo com a ordem cronológica em que ocorreram os encontros.

Segundo Sanicola (2015), o primeiro momento para identificar uma rede é procurar entender as situações de ajuda que acontecem de forma sistemática e cotidiana a partir de uma questão precisa. Assim, para compreensão do significado que a mãe atribuía à sua rede de apoio foram formuladas as questões para auxiliar na descrição da rede. A obtenção dos depoimentos iniciou com os seguintes questionamentos: Fale-me a respeito da experiência de amamentar seu filho (nome da criança). E conte-me sobre as pessoas e os profissionais que estão presentes na sua vida neste momento. Qual tipo de vínculo você tem com essas pessoas e profissionais? Como são a ajuda e o apoio que estas pessoas dão a você?

Foi solicitado que a mãe fizesse uma lista de pessoas que estavam presentes naquele momento, com isso identificou-se as pessoas envolvidas na sua rede social. A mãe auxiliou na elaboração de um desenho que representasse as pessoas referidas. Para o esclarecimento das possíveis dúvidas, foi apresentado um quadro com o modelo das figuras geométricas que representavam os membros da rede (FIGURA 1).




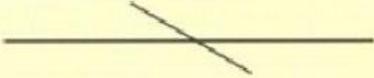


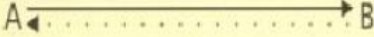
Figura 1 – Representação Geométrica de tipos de rede

Tipos de rede	Figuras geométricas
Redes primárias (reciprocidade):	 família parentes vizinhos amigos colegas
Redes secundárias formais (trocas de direitos):	 instituições de assistência instituições de saúde instituições de educação instituições de reclusão
Redes secundárias informais (trocas de serviço e solidariedade)	
Redes secundárias do terceiro setor (trocas de solidariedade e de direito):	 voluntariado organizado, cooperativas sociais, associações e fundações
Redes secundárias de mercado (troca de dinheiro):	 empresas, fábricas e negócios
Redes secundárias mistas (trocas de direito e de dinheiro):	 casa de saúde (recuperação) e hospitais privados

As mães identificaram quais eram as pessoas que estavam próximas ou distantes e reconheceram a posição que estas ocupavam em relação a si própria.

Após confirmação de que todas as pessoas que constituíam sua rede de apoio tinham sido citadas, foi questionado à mãe qual o tipo de vínculo estabelecido com cada um dos membros da rede de apoio. Para isso foi apresentado outro quadro contendo a representação gráfica dos tipos de vínculo, assim indicavam o tipo de vínculo e atribuíam significado ao tipo de traço escolhido (FIGURA 2).

Figura 2 – Representação Gráfica dos Tipos de Vínculos na Rede Social

Tipos de vínculo	Representação Gráfica
NORMAL	
FORTE	
FRÁGIL	
CONFLITUOSO	
ROMPIDO	
INTERROMPIDO	
DESCONTÍNUO	
AMBIVALENTE (Quando no relacionamento entre duas pessoas se estabelecem tipos de vínculos diferentes, ou seja, a pessoa A possui um vínculo fraco com B e a B possui um vínculo descontínuo em relação a A)	

As entrevistas foram finalizadas quando as mães deixaram claro que não havia mais o que dizer sobre o assunto ou quando começou a existir repetição dos dados, sugerindo ter atingido suficiência de informações. Para determinar o número de

entrevistas foi utilizado o referencial em Bauer (2002), o qual define o limite de quinze entrevistas realizadas pelo pesquisador.

No final da entrevista foi acordado, entre as mães e a pesquisadora, que dentro de uma semana seria apresentado para cada uma das participantes o mapa de sua rede social, podendo ela nesse momento retirar ou acrescentar pessoas, ou alterar os vínculos citados anteriormente. Duas optaram por combinar um novo encontro para verem o mapa e 13 solicitaram que fosse encaminhada apenas uma foto via celular, por aplicativo, para que elas pudessem visualizar. Nenhuma das mães solicitou alteração no mapa de sua rede de apoio.

Logo após o término do encontro a gravação era transcrita e digitada, buscando a fidelidade da linguagem de cada mãe.

4.4 Análise dos Dados

A metodologia de análise de redes, conforme Sanicola (2015), tornou possível visualizar as posições de cada membro da rede, bem como sua estrutura geral. Este método seguiu uma série de técnicas (ordenação das informações dessas pessoas) que foram representadas por um gráfico mediante a elaboração de um mapa de rede (BARBOSA, 2000).

A abordagem de rede é caracterizada pela centralidade que as redes primárias assumem. Para esta metodologia, Sanicola (2015) menciona alguns aspectos a serem considerados pelo pesquisador: a demanda individual ou coletiva, ou seja, o problema(:)[,] a disponibilidade, o consenso da própria pessoa para os encontros e/ou com as pessoas que lhe são significativas e as condições estruturais para a realização do trabalho[,] sendo fundamentais o lugar e o tempo.

Outro recurso utilizado para identificação de rede, segundo Sanicola (2015, p.137), refere-se ao tipo de suporte recebido e sua modalidade de troca (**Quadro 1**).

QUADRO 1– Tipos de Suporte Recebido*

Membros da Rede	Família	Parentes	Amigos	Vizinhos	Colegas	Outros	Satisfação
Tipos de Suporte							
Ajuda cotidiana material/ doméstica: - coisas - dinheiro - serviços							
Ajuda na emergência							
Suporte emocional – afetivo							
Conselho, informação							
Hospitalidade							
Socialização, lazer							
Multidimensionalidade							
Reciprocidade							

Soares (2001) cita ser primordial que o quadro seja datado, porque a realidade é dinâmica e mutável. O quadro agrega dois aspectos: a multidimensionalidade (acúmulo de apoio por parte de um dos membros da rede) e a existência ou não da reciprocidade. Para que a pessoa atribua o grau de satisfação com relação ao apoio recebido, acrescenta-se ou não uma coluna à direita.

No preenchimento desse quadro foram colocados os nomes das pessoas nos respectivos campos. Soares (2001) complementa que a utilidade desse quadro é dimensionar os membros presentes na rede social. Não há obrigatoriedade em seu preenchimento, nem uma ordem para sua utilização.

Ao explorar a rede social, deve-se estar atento quanto à sua capacidade de atenção, utilizando-se dos recursos da escuta, da observação, do gesto, da palavra, do silêncio, que são os portadores da construção de significados. Além disso, é importante a orientação acerca do respeito e da confidencialidade, o que permitirá que os membros dessa rede sejam reconhecidos e identificados (SANICOLA, 2015).

Na exploração da rede social é possível formular hipóteses sobre alianças, proximidade ou distância afetiva das redes e de seus membros, pois, nessa exploração de campo, as pessoas descobrem o seu universo de relações, muitas vezes deficientes ou carentes de sentimentos (SANICOLA, 2015; SOARES, 2001).

De acordo com Sanicola (2015), o próprio pesquisador como pessoa, com todos os seus valores, sua sensibilidade, sua intuição e seu saber, constitui-se do recurso mais precioso utilizado na metodologia de rede. Soares (2001, p.57), complementa que os

outros recursos “são pontos de apoio do trabalho como os quadros e os gráficos de rede”.

Soares (2001) apropriou-se, em seu estudo, da representação gráfica em forma de mapa por permitir visualizar quais as relações se estabeleceram entre a rede primária e a secundária. A contribuição deste instrumento, para Sanicola (2015), possibilita o reconhecimento do contexto relacional em que a pessoa está inserida, em relação à reciprocidade, fundamental para a intervenção social.

Segundo Sanicola (2015), levar em conta as distintas maneiras que as pessoas entendem sobre uma situação constitui-se em apoios facilitadores da reflexão, formas concretas de representação e da situação dos membros da rede social. Partindo do entendimento de que este é um momento em que a pessoa toma consciência de que pertence a um contexto de relações sociais, o mapa deve ser elaborado conjuntamente com a pessoa.

Segundo Souza (2006), o mapa da rede revela a forma como as ligações se estabelecem e se mantêm a partir da percepção dos fatos e das relações entre as pessoas. Há o questionamento de quais são as pessoas que estão próximas ou distantes do contexto familiar (presença de vínculos trabalhistas, instituições que frequentam ou benefício recebido) e a identificação da posição que estas ocupam com relação à pessoa a ser estudada.

Após o registro de todas as pessoas citadas e a descrição do tipo de vínculo que se firmou entre os membros da rede, anotam-se as palavras-chave e os termos mais comumente utilizados de modo a reelaborar cronologicamente as informações. Se necessário, procede-se, ainda, à análise desses indicadores, subsidiando, segundo Sanicola (2015), a construção de hipóteses, reflexões acerca da intervenção com vistas a propiciar condições para que a ação seja construída em direção à autonomia das pessoas e da coletividade.

Na forma de representação dos vínculos na rede, o mapa da rede social representa a pessoa/família atendida, que assume o centro do desenho, onde se coloca, também, a relação da família com sua rede primária, secundária, terceiro setor e de mercado. Dentro das figuras geométricas são inseridos nomes dos membros da rede e a partir deles são representados os traços para se compreender o mapa (SOARES, 2001).

Para analisar-se a rede social é necessário conhecer sua estrutura, função e dinâmica, pois são características importantes e que devem ser observadas (SOARES, 2001; SOUZA, 2006).

A estrutura da rede social apresenta alguns indicadores importantes, que permitem compreender a forma como as ligações se estabelecem no contexto relacional das pessoas que a compõem (SANICOLA, 2015).

Para explorar a estrutura da rede social avaliam-se:

- a) A amplitude, que indica o número de indivíduos com os quais as pessoas mantêm contato pessoal. Permite afirmar se a rede é pequena (menos de nove pessoas), média (10 a 30) ou grande (com mais de 30).
- b) A densidade, que trata da interconexão entre as pessoas que fazem parte da rede. A quantidade de pessoas que se conhecem possibilita visualizar quantos laços existem entre os membros de uma rede e identificar os nós, que são os pontos de maior densidade da rede.
- c) A intensidade, que indica o equilíbrio na relação entre duas pessoas. Torna possível verificar se está trocando muito ou pouco e se aquilo que é intercambiado é material, afetivo ou informativo. Observando a intensidade dos vínculos, o pesquisador pode fazer algumas perguntas, mas, sobretudo, fazer circular as informações entre os membros da rede, à medida que se tornam mais ativos e conscientes.
- d) A proximidade, que permite a reflexão sobre a distância afetiva e revela os graus de intimidade, que podem ser de extrema proximidade; de familiaridade; de reserva; de frieza e de ruptura (separação). A proximidade física refere-se ao espaço físico habitado pelos membros da rede, que pode ser no mesmo perímetro ou deslocado quilômetros. Isso indica a que distância estas pessoas se localizam (na mesma casa; no mesmo prédio ou comunidade; ou ainda outra cidade, estado, país) em relação a uma determinada dimensão.
- e) A frequência, que manifesta a sistematicidade com que o vínculo é estabelecido. A frequência pode ser delimitada como: todo dia, duas a três vezes por semana, uma vez na semana, de três a seis meses, mais ou menos uma vez por ano.
- f) A duração, que indica há quanto tempo as pessoas da rede se conhecem.

- g) As funções desempenhadas pela rede social, que podem ser das mais diversificadas. Tais como as de caráter material (alimentação), psicológico (sentimentos de segurança, identidade, reconhecimento). Contudo, as duas principais estão relacionadas ao apoio e ao apoio social (SANICOLA, 2015).

A função de apoio são os tipos de apoio que a rede é capaz de oferecer, tais como: material, informativo, afetivo, regulamentar ou em caso de emergência, bem como se são fornecidos por muitas pessoas ou por uma somente.

A função da natureza das trocas explora quais são os meios de trocas, se o intercâmbio é de natureza emocional afetiva, movido pelo espírito da dádiva, se associado a outra natureza, tais como as regras ou o dinheiro, se ocorre normalmente e em que circunstâncias.

A função do efeito ocasionado pelo apoio indica a distribuição do suporte recebido/oferecido por cada membro. Pode ser motivador: encorajamento, esperança, ou desencorajamento, pessimismo; normativo: influência positiva ou negativa; estima de si: positivo, de crescimento, manutenção, ou negativo, de ameaça, e estado psicológico geral: positivo, de bem-estar, segurança, ou negativo, de tensão, mal-estar.

- h) O grau de simetria, que permite compreender se a conotação é de reciprocidade ou de unidirecionamento, ou seja, se é pela multidimensionalidade ou para um único tipo de apoio.

Estas funções têm um alto valor simbólico, como desencadeadoras de uma dinâmica de reconhecimento, que com o tempo se transforma em atitudes de gratidão (reciprocidade) entre as pessoas, ativando os processos de significado cultural.

Sanicola (2015) diz que a dinâmica da rede é dada pelo movimento que permite fazer circular as informações, veicular a força interna, confluir o ponto de maior carga e redistribuí-la. Neste sentido, é possível destacar os elementos recorrentes e as variáveis, em termos de estruturação, funções, dinâmica e ainda de movimento no sentido da partilha e da autonomia das redes.

Soares (2001) enfatiza alguns elementos que retratam a dinâmica dos relacionamentos nas redes, tais como: relação de força/autoridade; complementaridade/antagonismo; passagem de uma pessoa para outra rede; valores e regras das pessoas que transitam na rede; eventos críticos (separação, interrupções, ausência, carência), transgressões eventuais ou repetitivas na vida da rede.



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados a caracterização das participantes, a rede social das mães de recém-nascidos prematuros tardios, o apoio direto e indireto para o aleitamento materno e as políticas públicas e a rede de apoio para o aleitamento materno na prematuridade tardia.

5.1 Caracterização das participantes

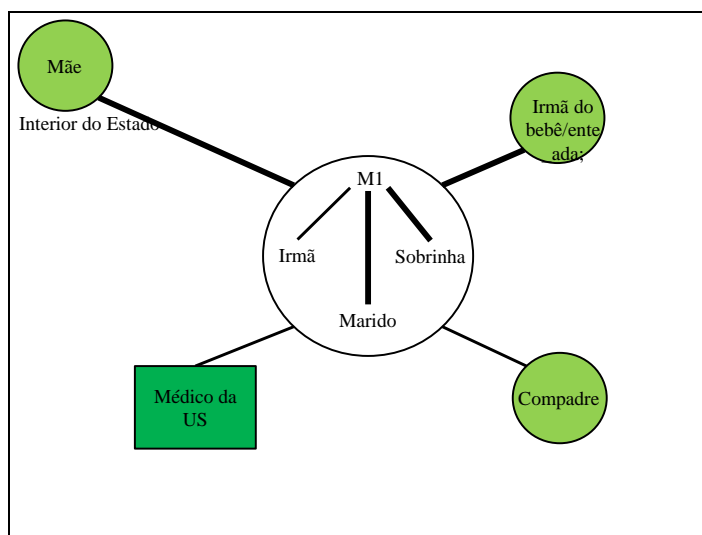
Participaram deste estudo 15 mães de recém-nascidos prematuros tardios. A faixa etária variou entre 23 e 34 anos de idade, com predomínio na faixa dos 23 aos 29 anos de idade. Em relação à escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental completo; cinco, ensino médio completo; cinco, ensino médio incompleto;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

Em relação aos dados obstétricos, nove eram primíparas e a variação foi de uma e três gestações. Duas foram encaminhadas para acompanhamento pré-natal de alto risco, 13 fizeram acompanhamento de pré-natal na unidade de saúde. Cinco fizeram cesárea e 10, parto vaginal. Em relação ao recém-nascido, a idade gestacional de nascimento pelo Capurro foi uma com 34 semanas, seis com 35 semanas e oito com 36 semanas de gestação. O peso de nascimento variou entre 2110 gramas e 3850 gramas. Oito eram do sexo masculino e sete, do sexo feminino. Nove recém-nascidos tiveram peso inferior a 2500 gramas, sendo considerados de baixo peso ao nascer.

5.2 A rede social das mães de recém-nascidos prematuros tardios

A análise e discussão dos mapas de rede se deram mediante a representação gráfica da rede social de cada depoente, com seus respectivos mapas explicadores dos contextos sociorrelacionais. Nesse sentido, foram exploradas as três dimensões da rede social, considerando a estrutura, a função e a dinâmica que se configurou na rede de relações da mãe, conforme os pressupostos teórico-metodológicos descritos por Sanicola (2015).

Rede Social de M1



O mapa da rede de M1 mostrou uma rede de tamanho pequeno com baixa densidade, isto é, composta por sete membros que pouco estabeleciam relação entre si. A rede primária era composta por sua mãe que morava em outra cidade, seu marido, irmã e sobrinha que residiam na mesma casa, uma irmã do seu filho e o compadre.

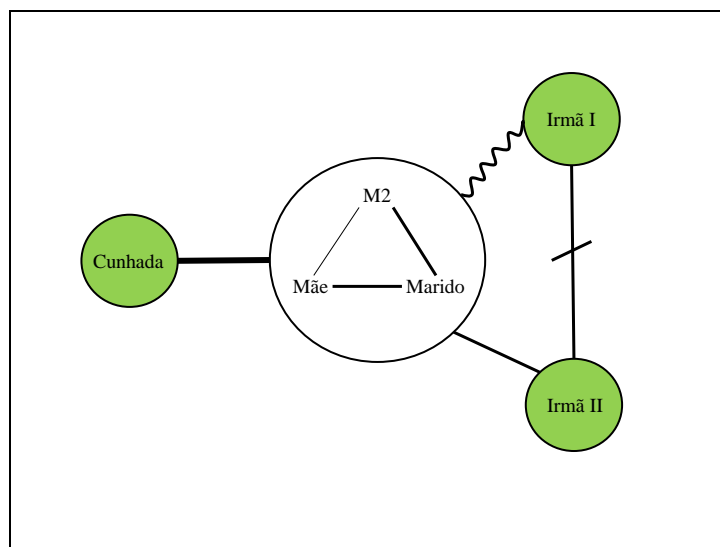
O mapa revela que a depoente possuía vínculo forte com o marido, sobrinha, a irmã do seu filho e sua mãe. Identificou sua irmã que morava na mesma casa e o médico da unidade de saúde com um vínculo dentro da normalidade.

A rede secundária compreendia apenas o médico da unidade de saúde que atendeu a depoente durante o pré-natal, e após o parto o contato com o médico se manteve, porém menos intenso.

Diante desta rede, M1 indicou a irmã do seu filho como a pessoa com quem ela realmente podia contar e que estava sempre ao seu lado para ajudar com o recém-nascido. Aos demais componentes da rede ela apenas fez referência.

Durante a internação hospitalar o recém-nascido mamou exclusivamente na mama. M1 permaneceu internada no alojamento conjunto por três dias. Na alta hospitalar relatou que teve um pouco de dificuldade e precisou de ajuda das pessoas próximas, as quais a orientaram a dar um pouco de mamadeira, o que ela fez, e percebeu que o recém-nascido ficou mais calmo, mantendo a mamadeira intercalada com a amamentação na mama. No momento da visita, aos 15 dias, M1 relatou manter a mamadeira e intercalar cada vez mais com os períodos em que o recém-nascido era amamentado na mama. Referiu que estava diminuindo o número de ofertas da mama e aumentando a oferta da mamadeira com fórmula láctea.

Rede Social de M2



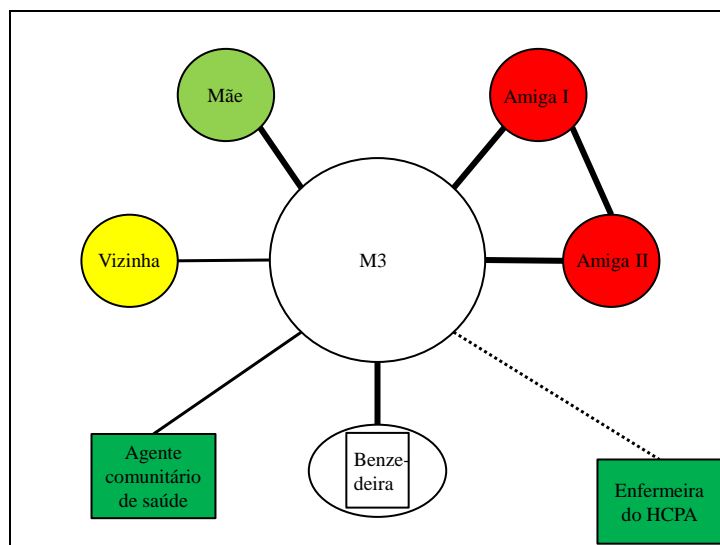
O mapa da rede de M2 indicou uma rede primária pequena, com baixa intensidade, ou seja, composta por cinco membros que estabeleciam pouca relação entre si. A rede social era composta por sua mãe e marido que residiam na casa com ela, sua cunhada e suas irmãs moravam próximo.

O mapa revela que a depoente possuía vínculo forte com o marido e a cunhada, a qual era a pessoa que a ajudava nos afazeres domésticos para que ela pudesse se dedicar a cuidar exclusivamente de seu filho.

Com a mãe e a irmã II possuía vínculo dentro da normalidade. Com a irmã I possuía um vínculo conflituoso, referiu que esta irmã queria interferir na forma como ela cuidava de seu filho. As irmãs tinham um vínculo interrompido entre si.

Durante a internação hospitalar o recém-nascido mamou exclusivamente na mama. M2 permaneceu internada no alojamento conjunto por três dias. Após a alta hospitalar relatou que teve muita dificuldade para amamentar. Teve dificuldade também de obter ajuda e acabou por desistir. Logo após chegar em casa, passou a dar fórmula láctea para o recém-nascido, conforme orientação dada pelo pediatra do hospital. No momento da visita, aos 15 dias, M2 relatou manter apenas o aleitamento na mamadeira com fórmula láctea e que não produzia mais leite para amamentar diretamente na mama. Percebeu que o recém-nascido estava crescendo e ganhando peso e afirmou ter certeza que seu leite não era suficiente para alimentar o filho.

Rede Social de M3



O mapa da rede social de M3 indicou uma rede primária pequena, com baixa intensidade, ou seja, era composta por sua mãe, duas amigas e uma vizinha.

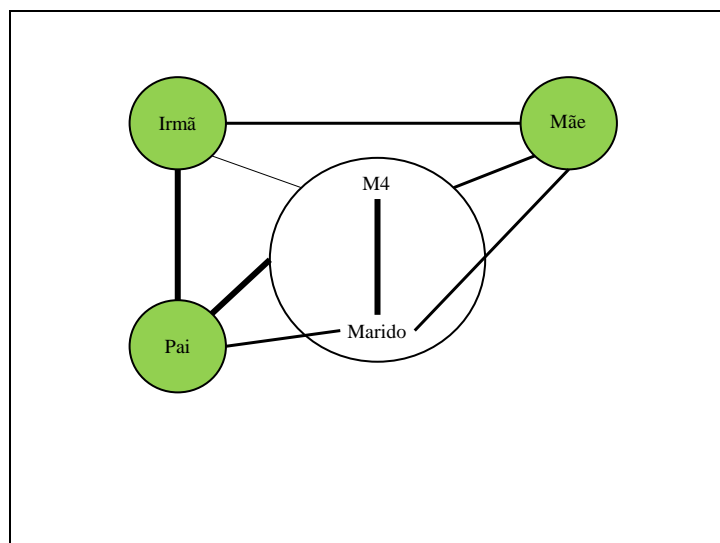
O mapa revela que a depoente mantinha vínculo forte com a mãe e as duas amigas, as quais ela referiu serem as pessoas com quem ela realmente contava para ajudar e apoiar durante aquele período. As amigas também possuíam um vínculo forte entre si. Devido ao fato de morar sozinha e as amigas estarem próximas fisicamente, isso tornava este vínculo mais forte ainda. Com a vizinha tinha um vínculo dentro da

normalidade, a vizinha por vezes ficava com o recém-nascido para que ela pudesse tomar banho ou descansar um pouco.

A rede secundária era composta por uma agente comunitária de saúde, uma benzedeira e uma enfermeira do hospital onde seu filho nasceu. Possuía um vínculo dentro da normalidade com estas pessoas. Relatou que a agente comunitária passava em sua casa sempre podia e orientava sobre como amamentar seu filho da melhor maneira possível. A enfermeira do hospital ajudou quando ela estava internada, sanando algumas dúvidas sobre como amamentar o seu filho, porém as maiores dificuldades apareceram quando ela chegou em casa. Buscou ajuda da benzedeira para que o recém-nascido não ficasse dormindo o tempo todo e pudesse mamar melhor, e para ajudar a “tratar” as lesões nas mamas que apareceram ainda durante a internação no hospital.

Durante a internação hospitalar a mãe relatou que teve dificuldade para amamentar, foi ajudada pela enfermeira do hospital e, ao dar alta hospitalar, o recém-nascido estava mamando exclusivamente, tendo permanecido no alojamento conjunto por quatro dias. Após a alta hospitalar, já no domicílio, M3 relatou que teve um pouco de dificuldade novamente, pois teve lesões na mama e precisou de ajuda das pessoas próximas e de uma benzedeira, o que ajudou por um tempo, e ela amamentou exclusivamente o filho até mais ou menos seis dias de vida. No momento da visita, aos 15 dias, M3 referiu que seu leite secou muito e que estava apenas dando mamadeira com fórmula láctea prescrita ainda no hospital para o filho.

Rede Social de M4



O mapa da rede social de M4 indicou uma rede primária pequena com alta intensidade, ou seja, composta por quatro membros que estabeleciam relacionamentos entre si. A rede social primária era composta por seu marido, que residia na mesma casa que ela, sua mãe, pai e irmã, os quais moravam próximo à sua casa.

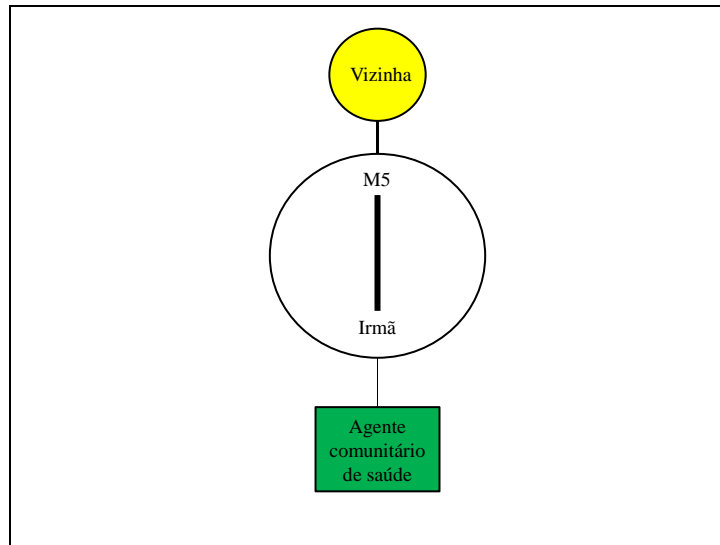
O mapa revela que a depoente mantinha vínculo forte com o marido e seu pai. Com a irmã e a mãe possuía vínculo dentro da normalidade. Seu pai e sua irmã tinham vínculo forte entre si e os outros membros da rede possuíam vínculo dentro da normalidade entre si.

Referiu que o marido era a pessoa que mais ajudava a cuidar de seu filho, ele estava em casa o tempo todo com ela, pois tinha o benefício da licença paternidade de 20 dias. Seu pai ia todos os dias à sua casa e ajudava dando dicas sobre como cuidar e amamentar o recém-nascido, ela referiu que se sentia segura com os conselhos de seu pai, pois ele já havia criado e cuidado de duas filhas.

A mãe e a irmã ajudavam tirando dúvidas por telefone e iam à sua casa poucas vezes. Referiu que se sentia segura com as orientações dadas por telefone pela mãe e irmã.

Durante a internação hospitalar o recém-nascido mamou exclusivamente na mama materna, mas M4 relatou que teve alguma dificuldade, a equipe do hospital tentou ajudar, porém somente amamentava quando algum profissional estava por perto. Permaneceu em alojamento conjunto por três dias. Após a alta hospitalar M4 relatou que teve muita dificuldade e que o marido comprou uma mamadeira e uma lata de fórmula láctea. Referiu que, assim que o filho mamou na mamadeira, dormiu bem e descansou, e ela também pôde descansar, assim, optou por manter intercalando a amamentação na mama e na mamadeira. Aos 15 dias, na visita, M4 disse não ter mais leite nas mamas e estar apenas oferecendo fórmula láctea na mamadeira para o recém-nascido.

Rede Social de M5



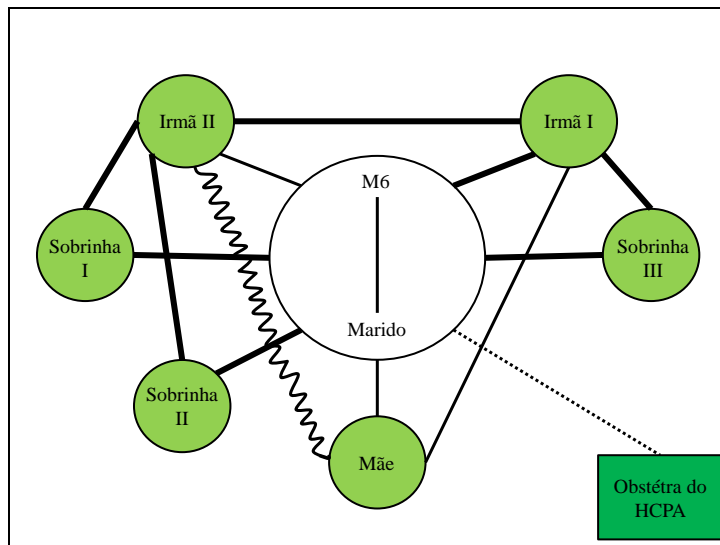
O mapa da rede social de M5 indicou uma rede social pequena e de baixa intensidade. Era composta por três pessoas. A rede social primária era composta por sua irmã que residia com ela e uma vizinha.

O mapa revela que M5 mantinha um vínculo forte com sua irmã, com quem dividia os afazeres domésticos e os cuidados do recém-nascido. Com a vizinha possuía um vínculo dentro da normalidade, a qual a ajudava indo comprar algumas coisas para a casa, mas não ajudava com o recém-nascido, apenas com outros afazeres.

A rede social secundária contava com a agente comunitária de saúde, com vínculo dentro da normalidade. Referiu que a agente de saúde ajudou logo nos primeiros dias com dicas para aliviar as lesões das mamas.

Durante a internação hospitalar o recém-nascido mamou na mama materna com uma certa dificuldade, pois era muito pequeno e dormia muito. Logo após a alta hospitalar M5 relatou que teve dificuldade para amamentar, pois o filho só queria dormir, precisou de ajuda, a qual não encontrou. Optou por oferecer fórmula láctea para o recém-nascido, conforme tinha sido orientado no hospital. No momento da visita, aos 15 dias, M5 relatou manter apenas a alimentação pela mamadeira e, ao invés de dar fórmula láctea, estava oferecendo leite de vaca diluído, conforme orientado pelo agente comunitário de saúde.

Rede Social de M6



A rede social de M6 indicou uma rede primária pequena com alta intensidade, ou seja, composta por sete pessoas que estabeleciam relacionamentos entre si. A rede social primária era composta por seu marido, que residia junto a ela, duas irmãs, três sobrinhas e sua mãe.

O mapa revela um vínculo forte com as sobrinhas I, II, III e irmã I. Referiu que as sobrinhas ajudavam muito a cuidar de seu filho. Ela precisava apenas se preocupar em amamentar o recém-nascido, pois os outros cuidados quem prestava eram suas sobrinhas. A irmã apoiava muito, em especial, quando ela tinha dúvidas sobre amamentar o recém-nascido, conversavam quase sempre pelo telefone.

Com os demais o vínculo era dentro da normalidade. A irmã II e a mãe possuíam vínculo conflituoso entre si. Os demais tinham vínculo dentro da normalidade.

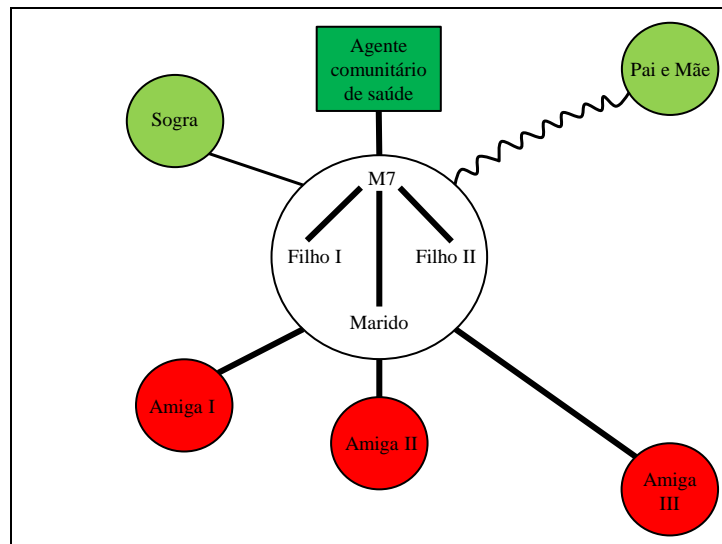
Como membro da rede secundária, a figura do médico do hospital apareceu como apoiador, ela referiu que este se mostrou interessado em ajudar na hora de amamentar, porém somente enquanto ela estava no hospital.

Relatou também que, tanto durante a gestação e após o parto, seu maior apoio foi nas mídias sociais e em blogs da Internet que dão dicas sobre como cuidar e o que atentar para que o recém-nascido cresça saudável.

Durante a internação hospitalar o recém-nascido mamou exclusivamente na mama materna, apesar de ter tido um pouco de dificuldade, o obstetra do hospital a orientou sobre a amamentação. Logo após a alta hospitalar M6 relatou que teve um pouco de dificuldade e precisou de ajuda das pessoas próximas, as quais a orientaram a não desistir e ter um pouco de paciência[,] que o recém-nascido ia conseguir mamar e

ela ia ter um aumento na produção de leite. No momento da visita, aos 15 dias, M6 relatou manter amamentando exclusivamente o filho. Referiu que estava produzindo muito leite e que não desistiu devido às orientações das pessoas e às diversas pesquisas que fez na Internet.

Rede Social de M7



O mapa da rede social de M7 indicou uma rede primária pequena, com baixa intensidade, ou seja, composta por nove pessoas que estabeleciam pouca relação entre si. A rede social primária era composta por seu marido e dois filhos que residiam junto a ela. Três amigas, duas que moravam próximo à sua casa e a amiga III, que morava mais distante. Sua sogra, seu pai e sua mãe que moravam próximo à sua casa.

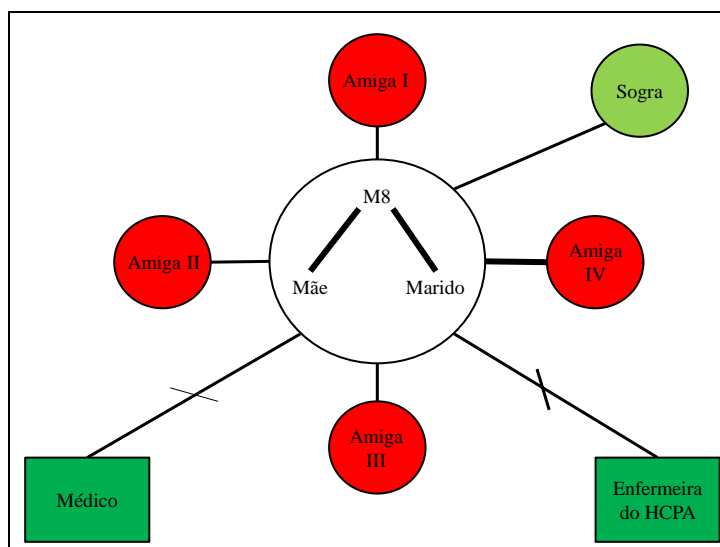
O mapa revela que M7 possuía vínculo forte com o marido, dois filhos e as três amigas. O marido ajudava bastante, porém trabalhava durante todo o dia e só conseguia ficar mais com o filho durante a noite. Os dois filhos ajudavam a cuidar dos afazeres domésticos, as amigas I e II se dividiam para ajudar a cuidar o recém-nascido e, com isso, M7 podia descansar ou ficar um pouco com os outros filhos. A amiga III telefonava todos os dias e era a pessoa com quem ela podia conversar sobre as dificuldades que estavam acontecendo.

Com a sogra, seu pai e sua mãe possuía vínculo dentro da normalidade. Devido ao fato de eles morarem um pouco mais distante que as amigas, ajudavam menos, vinham visitar apenas nos fins de semana e por vezes tentavam dar dicas com que ela não concordava.

Em relação à rede secundária, o agente comunitário de saúde ajudou no momento em que passou em frente à sua casa e ela chamou pedindo que ele a orientasse acerca de dúvidas em relação à hora de amamentar.

Durante a internação hospitalar M7 referiu não ter tido muita dificuldade para amamentar, pois sabia que, se fosse preciso, alguém viria ajudar, e com isso o recém-nascido mamou exclusivamente na mama materna. Logo após a alta hospitalar M7 relatou que teve um pouco de dificuldades e precisou de ajuda das pessoas próximas, cada pessoa lhe dava uma orientação diferente e ela acabou decidindo por oferecer mamadeira com fórmula láctea para o recém-nascido. No momento da visita, aos 15 dias, M7 relatou manter a mamadeira e intercalar com os períodos em que o recém-nascido era amamentado na mama. Referiu que estava diminuindo o número de ofertas da mama e aumentando a oferta da mamadeira com leite de vaca diluído, conforme orientado pelo agente comunitário em saúde.

Rede Social de M8



A rede social de M8 indicou uma rede primária pequena e com baixa densidade, ou seja, era composta por sete pessoas que estabeleciam pequena relação entre si. A rede primária era composta por seu marido e sua mãe que moravam junto com ela, quatro amigas e sua sogra.

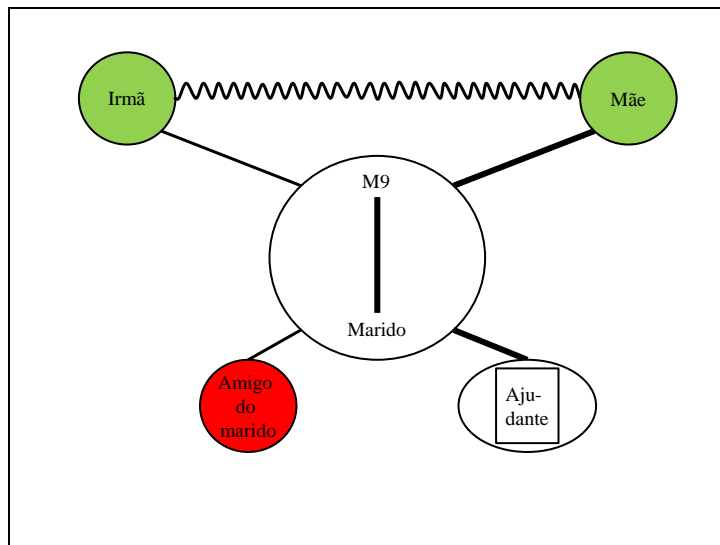
O mapa revela que M8 mantinha vínculo forte com o marido, o qual ajudava pouco, pois trabalhava muito, mas que, mesmo com o pouco e curto tempo em que ele

permanece em casa, se mostrava interessado em ajudar a cuidar do filho. Possuía também vínculo forte com sua mãe, que foi morar junto com ela após o nascimento do filho e era a pessoa que a ajudava tanto nos afazeres domésticos como cuidava do recém-nascido para que ela pudesse descansar um pouco. Possuía também vínculo forte com a amiga IV, a qual teve também um filho que nasceu bem pequeno e lhe dava várias dicas sobre como amamentar um recém-nascido que dormia muito. Com as outras amigas e sua sogra possuía um vínculo dentro da normalidade, com as quais ela tinha maior contato por telefone ou faziam visita durante o final de semana.

A rede social secundária era composta pelo médico da unidade de saúde, que a acompanhou durante o pré-natal, e seu vínculo era interrompido, pois após o parto não teve mais contato com este profissional. A enfermeira do hospital que a atendeu durante a internação após o parto também se mostrou como integrante da rede secundária com vínculo interrompido, pois a orientou sobre a melhor forma de amamentar apenas durante o período em que estava no hospital.

Durante os três dias em que ficaram no hospital M8 relatou que o filho mamou exclusivamente, pois, mesmo tendo tido um pouco de dúvida, ela teve ajuda da enfermeira do hospital. Logo após a alta hospitalar M8 contou que teve muita dificuldade e precisou de ajuda das pessoas próximas, as quais a orientaram a dar um pouco de mamadeira e, após dar a mamadeira pela primeira vez, decidiu oferecer tanto a mama quanto a mamadeira quando o recém-nascido tivesse fome. No momento da visita, aos 15 dias, M8 relatou manter com muita dificuldade a amamentação na mama e que estava oferecendo mamadeira em todas as mamadas.

Rede Social de M9



A rede social de M9 indicou uma rede primária pequena e com baixa densidade, ou seja, composta por quatro pessoas com pequena relação entre si. A rede social primária era composta por seu marido, que residia junto a ela, sua mãe, sua irmã e um amigo de seu marido.

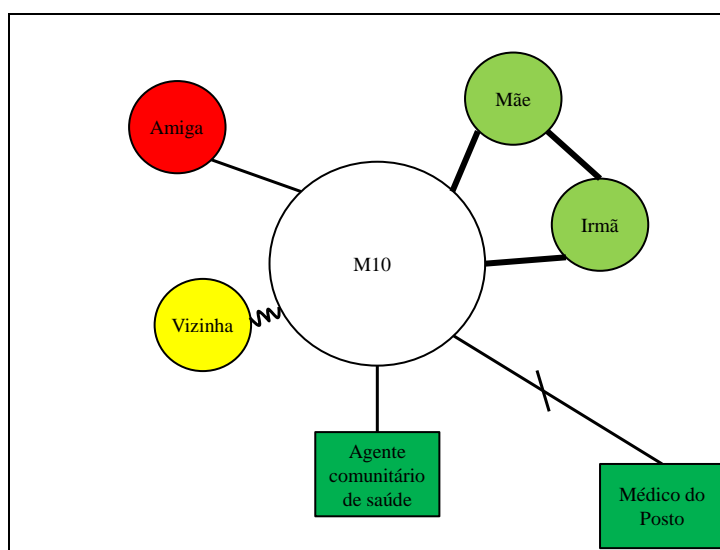
O mapa revela um vínculo forte com o marido, era apenas com ele que M9 conversava sobre suas dúvidas e dificuldades em relação ao cuidado com o filho. O marido estava presente o tempo todo durante o cuidado, pois trabalhava em casa. Havia vínculo forte com a mãe, porém o contato era quase exclusivamente por telefone, se ela tinha alguma dúvida sempre falava com a mãe. Com os demais membros da rede primária possuía um vínculo dentro da normalidade. O amigo do marido trabalhava com ele na sua casa, ele também ajudava, principalmente nos afazeres fora de casa. Com a irmã havia maior contato por telefone. A mãe e irmã tinham um vínculo conflituoso entre si.

Em relação à rede social secundária referiu ter uma ajudante, que cuidava dos afazeres domésticos para que ela se dedicasse apenas ao filho. Possuía um vínculo forte com ela, pois era a pessoa que estava mais próxima fisicamente naquele momento.

Durante a internação hospitalar M9 referiu não ter tido dificuldade para amamentar, pois o filho dormia muito e ela sabia que ele precisa descansar após o nascimento. Ficou no hospital por dois dias, nos quais amamentou apenas na mama. Logo após a alta hospitalar M9 relatou que teve um pouco de dificuldade para amamentar e que, ao conversar com o marido, este procurou uma pessoa para auxiliar nos cuidados com a casa e assim ela podia se dedicar exclusivamente ao filho, o que não

reduziu as dúvidas, mas fez com que ela conseguisse descansar um pouco e aumentasse a produção de leite. No momento da visita, aos 15 dias, M9 relatou estar amamentando na mama e utilizando fórmula láctea durante o dia, e à noite oferecia apenas fórmula láctea na mamadeira para o recém-nascido. Percebeu que estava diminuindo a produção de leite, mas, como o filho estava bem e ganhando peso, acreditava não ter maiores problemas.

Rede Social de M10



A rede social de M10 indicou uma rede primária pequena com baixa densidade, ou seja, composta por quatro pessoas com pequena relação entre si. A rede social primária era composta por sua mãe, irmã, uma amiga e uma vizinha.

O mapa revela que M10 possuía um vínculo forte com a mãe e irmã, sendo estas as pessoas que ajudavam com os cuidados com o filho. A mãe ia à sua casa três vezes por semana e ajudava com os afazeres domésticos e a irmã ia aos finais de semana e levava compras e ajudava com os afazeres domésticos. A mãe e a irmã também tinham um vínculo forte entre si.

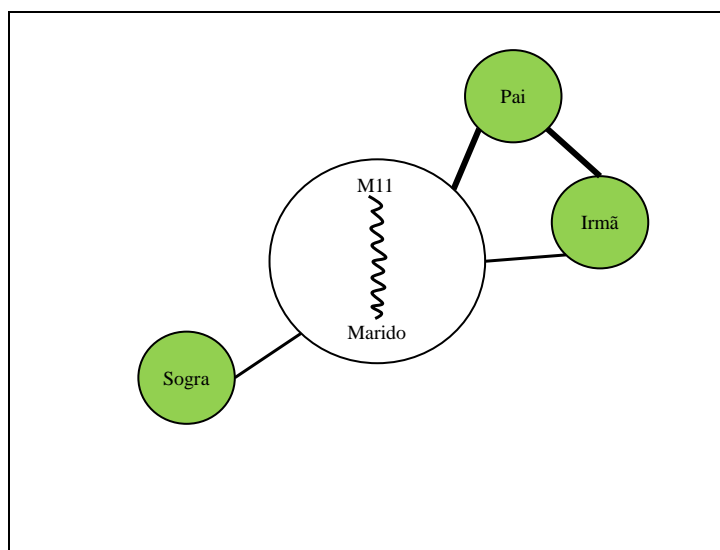
Com a amiga possuía um vínculo dentro da normalidade, esta a visitava às vezes e falava com ela pelo telefone. Com a vizinha possuía um vínculo conflituoso, pois não aceitava as orientações que a vizinha lhe dava.

A rede social secundária era composta por um agente comunitário de saúde com vínculo dentro da normalidade, o qual a visitava semanalmente e prestava orientações

sobre a melhor forma de amamentar e cuidar do recém-nascido. O médico da unidade de saúde apareceu como membro da rede secundária, porém com vínculo interrompido, pois somente teve contato com ele no acompanhamento pré-natal.

Durante a internação hospitalar M10 referiu não ter tido muita dificuldade para amamentar, pois sabia que se fosse preciso alguém viria ajudar e, com isso, o recém-nascido mamou exclusivamente na mama materna. Permaneceu internada com o filho no alojamento conjunto por dois dias. Após a alta hospitalar M10 relatou que teve muita dificuldade para amamentar, pois estava sozinha em casa com o filho. Apesar de a mãe e a irmã serem próximas, nos primeiros dias se viu sozinha. No momento da visita, aos 15 dias, M10 relatou estar utilizando tanto a mamadeira com leite de vaca diluído como oferta de leite materno na mama. Referiu que estava diminuindo o número de ofertas da mama e aumentando a oferta da mamadeira com leite de vaca diluído, conforme orientado pelo agente comunitário em saúde.

Rede Social de M11

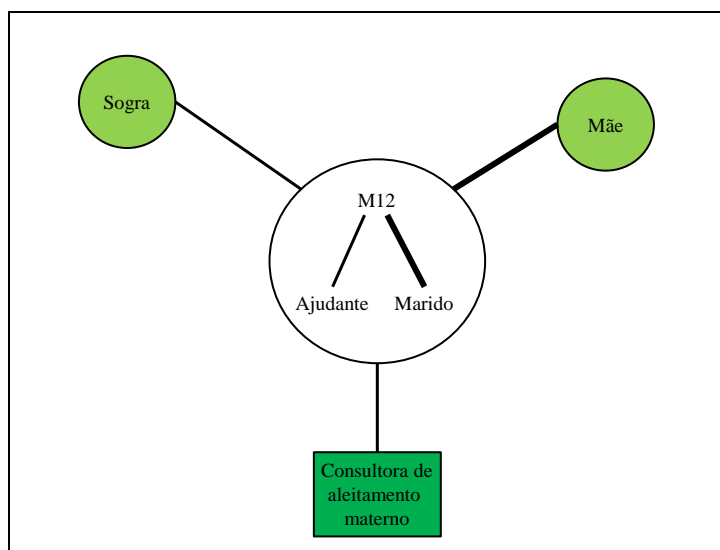


A rede social de M11 indicou uma rede primária pequena, com baixa intensidade, ou seja, era composta por quatro pessoas que estabeleciam pequena relação entre si. A rede social primária era composta por seu marido, sua sogra, seu pai e sua irmã.

O mapa revela que M11 mantinha vínculo conflituoso com o marido, o qual residia junto dela, pois com o nascimento do filho a relação deles mudou muito, o marido não ajudava nos afazeres domésticos e ela precisava cuidar do filho sozinha. Possuía vínculo forte com seu pai, que ia à sua casa de três a quatro vezes por semana e ajudava nos cuidados com o recém-nascido. Com a irmã e a sogra possuía vínculo dentro da normalidade, elas ajudavam mais em conversas por telefone.

Durante a internação hospitalar M11 referiu ter tido pouca dificuldade para amamentar, mas que não solicitou ajuda de ninguém durante a internação. Permaneceu internada com o filho no alojamento conjunto por três dias. Após a alta hospitalar M11 relatou que teve muita dificuldade para amamentar, pois quem mais ajudava era seu pai e que, devido ao fato de não ter conhecimento sobre amamentação, não ajudava naquele momento. Na visita, aos 15 dias, M11 relatou estar utilizando leite de vaca diluído na mamadeira para dar a seu filho. Referiu que sua irmã foi quem a orientou sobre como diluir o leite de vaca para colocar na mamadeira. Comentou também que quase não produzia mais leite e que isso a estava deixando um pouco mais confortável, pois assim podia se dedicar também a cuidar do marido.

Rede Social de M12



O mapa da rede social de M12 indicou uma rede primária pequena com baixa densidade, ou seja, composta por três pessoas que estabeleciam pequena relação entre si. A rede social primária era composta por seu marido, mãe e sogra.

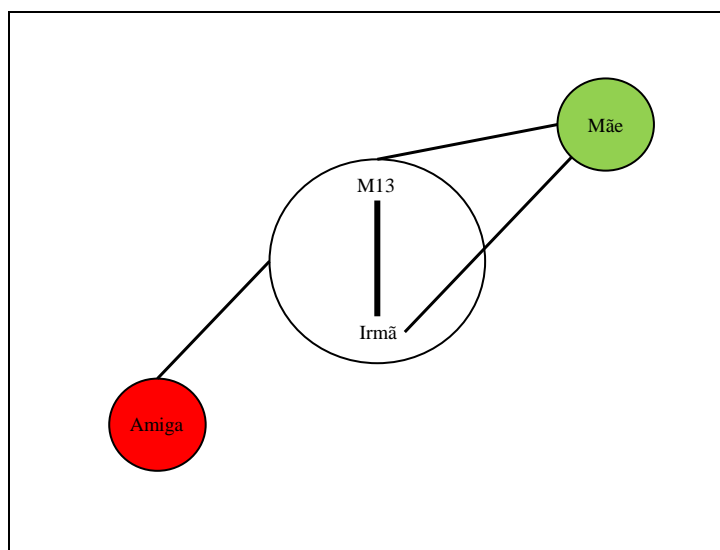
O mapa revela que M12 mantinha vínculo forte com o marido, que morava na mesma residência que ela e a ajudava com os cuidados com o filho, e sua mãe, com quem ela falava diariamente e ia à sua casa todos os dias para ajudar nos cuidados com o recém-nascido. Possuía um vínculo dentro da normalidade com a sogra, que apenas fazia visitas durante o final de semana.

Em relação à rede social secundária, contava com o apoio de uma ajudante para os afazeres domésticos e com a qual possuía um vínculo dentro da normalidade. E contou com a ajuda de uma consultora de aleitamento materno, que contratou para orientá-la sobre as melhores técnicas para amamentar e como tratar as lesões nas mamas, com esta também possuía um vínculo dentro da normalidade.

Durante a internação hospitalar M12 referiu ter tido dificuldade para amamentar e que solicitou ajuda da equipe do hospital diversas vezes. Permaneceu internada com o filho no alojamento conjunto por quatro dias. Após a alta hospitalar M12 relatou que teve muita dificuldade para amamentar, pois assim que chegou em casa se sentiu muito pressionada a amamentar e, devido ao fato de o filho ser muito pequeno, ela não se sentia segura em relação à qualidade e quantidade do seu leite, sendo assim, ao conversar com o marido, concordaram em contratar o serviço de uma consultora em

aleitamento materno. Esta fez duas visitas na casa de M12 e ensinou técnicas para amamentar, a melhor posição e pega para o recém-nascido mamar na mama. No momento da visita, aos 15 dias, M12 relatou estar oferecendo a mama e logo após oferecer fórmula láctea em um “copinho” para complementar a alimentação do filho. Referiu que só oferecia este copinho com leite, porque ainda se sentia insegura em relação à quantidade de leite que produzia. Relatou também que, mesmo não estando amamentando exclusivamente, a participação da consultora logo na chegada em casa foi fundamental para que ela estivesse ainda ofertando a mama ao recém-nascido.

Rede Social de M13



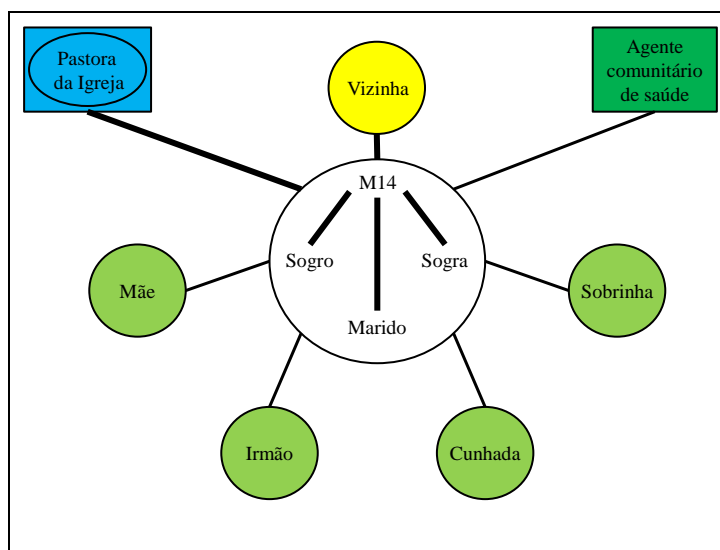
O mapa da rede social de M13 indicou uma rede primária pequena e com baixa densidade, ou seja, composta por três pessoas que estabeleciam pequena relação entre si. A rede social primária era composta por sua irmã, mãe e uma amiga.

O mapa revela que M13 mantinha vínculo forte com a irmã que morava junto dela, ajudava com os afazeres domésticos, com as contas da casa e também no cuidado com o recém-nascido. Possuía vínculo dentro da normalidade com a mãe e a amiga. Com a mãe falava pelo telefone e se necessário a mãe ia até sua casa para levar mantimentos para ela e o filho. A amiga ia à sua casa todos os finais de semana e a ajudava conversando e trocando ideias sobre os cuidados com o recém-nascido.

Durante a internação hospitalar M13 referiu não ter tido dificuldade para amamentar, pois o recém-nascido dormia bastante e ela não o acordava para deixá-lo descansar. Permaneceu internada com o filho no alojamento conjunto por dois dias. Após a alta hospitalar M13 relatou que teve muita dificuldade para amamentar, pois estava sozinha em casa com o filho. Mesmo com a ajuda da irmã que fazia todos os afazeres domésticos, ela não estava conseguindo amamentar, logo apareceram lesões nas mamas e com isso ficou praticamente impossível manter a amamentação. No momento da visita, aos 15 dias, M13 relatou estar utilizando a mamadeira com leite de vaca diluído, o qual foi orientado por sua mãe. Referiu que assim que o recém-nascido iniciou a alimentação com leite de vaca ela percebeu que seu leite era fraco e em pouca quantidade, pois o recém-nascido ficava saciado e dormia por mais tempo. Relatou não

produzir mais nada de leite e que assim que o filho desmamou da mama as lesões melhoraram.

Rede Social de M14



O mapa da rede social de M14 indicou uma rede social primária pequena com baixa densidade, ou seja, composta por oito pessoas que estabeleciam pequena relação entre si. A rede social primária era composta por seu sogro, sogra, marido, sobrinha, mãe, irmã, cunhada e vizinha.

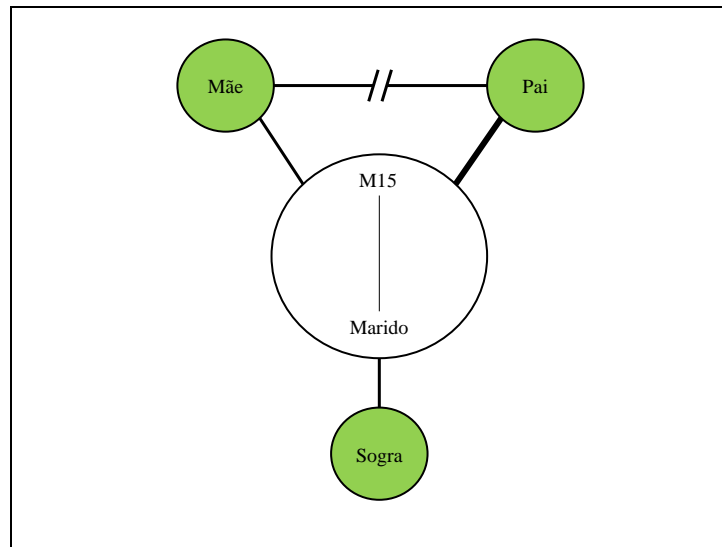
O mapa revela que M14 possuía vínculo forte com o marido e os sogros, que moravam em sua casa. Estes a ajudavam com os afazeres domésticos e com os cuidados com o recém-nascido. Com isso ela podia se dedicar exclusivamente a amamentar o filho. Com os outros membros da rede possuía vínculo dentro da normalidade. Com a mãe e a cunhada falava diariamente pelo telefone. A vizinha ia à sua casa e lhe dava dicas sobre como cuidar das mamas para manter a amamentação por mais tempo.

A rede social secundária era composta por um agente comunitário de saúde, com o qual possuía um vínculo dentro da normalidade, este ia à sua casa sempre que ela tinha necessidade. Com a pastora da igreja possuía um vínculo forte e era a pessoa em quem ela mais confiava para orientar sobre os cuidados com o filho, bem como sobre a importância de amamentar.

Durante a internação hospitalar M14 referiu ter tido muita dificuldade para amamentar, pois não conseguia se adequar à maneira com que o filho pegava a mama para mamar, o que levou ao desenvolvimento de lesões nas mamas ainda no hospital. Permaneceu internada com o filho no alojamento conjunto por três dias. Após a alta hospitalar M14 relatou que permaneceu com dificuldades para amamentar, pois as

lesões estavam ficando maiores e a dor, muito forte. Assim, conversou com a pastora da igreja, que lhe orientou como tratar as lesões da mama usando produtos naturais como casca de mamão e que ela deveria dar uma pausa nas mamadas na mama para melhorar as lesões, por um período utilizou fórmula láctea e parou de oferecer a mama. No momento da visita, aos 15 dias, M14 relatou estar utilizando tanto a mamadeira com fórmula láctea como oferta de leite materno na mama. Referiu que as lesões na mama diminuíram, porém percebeu que o tempo em que o recém-nascido ficava mamando era menor do que quando estava utilizando a mamadeira. Relatou que tinha cada vez menos leite.

Rede Social de M15



O mapa da rede social de M15 indicou uma rede primária pequena e com baixa densidade, ou seja, composta por quatro pessoas que estabeleciam pequena relação entre si. A rede social primária era composta por seu marido, sogra, seu pai e sua mãe.

O mapa revela que M15 mantinha um vínculo forte com seu pai, o qual a ajudava principalmente com os cuidados com o filho, era ele que prestava a maioria dos cuidados e ela se dedicava aos afazeres domésticos e a amamentar o recém-nascido. Com os outros membros da rede possuía vínculo dentro da normalidade. O marido ajudava pouco, pois trabalhava muito e sempre chegava cansado, a sogra ia visitar apenas nos finais de semana e com sua mãe falava diariamente pelo telefone. Sua mãe e seu pai possuíam vínculo interrompido, o que dificultava que a mãe fosse à sua casa com maior frequência.

Durante a internação hospitalar M15 referiu não ter tido muita dificuldade para amamentar, pois toda vez que precisava chamava seu pai, que estava ao seu lado para ajudar. Permaneceu internada com o filho no alojamento conjunto por dois dias. Após a alta hospitalar M15 relatou que teve um pouco de dificuldade para amamentar, mas seu pai era quem tomava conta de tudo com o recém-nascido e, assim que o filho estivesse com fome, seu pai o trazia e colocava no colo para mamar. No momento da visita, aos 15 dias, M15 relatou estar utilizando tanto a mamadeira com leite de vaca diluído como oferta de leite materno na mama. Referiu que seu pai e sua sogra a orientaram a dar o leite de vaca, pois acreditavam que o recém-nascido era muito pequeno e que precisava

de mais alimento do que ela podia ofertar na mama. Percebeu que suas mamas estavam cada vez produzindo menos leite, porém não tinha mais lesões e que o filho estava ficando cada vez maior, isso reforçava a necessidade de ter introduzido o leite de vaca o quanto antes.

5.3 Apoio direto e indireto para o aleitamento materno na prematuridade tardia

A partir da análise das falas das mães foi elaborado um quadro com os tipos de apoio ofertados para elas. O apoio indireto refere-se aos cuidados com a casa e afazeres domésticos ou com os cuidados com o recém-nascido. O apoio direto foi relacionado às orientações acerca do aleitamento materno, prestadas tanto pelos profissionais de saúde como pessoas leigas.

Quadro 2 – Tipos de apoio ofertados

Apoio indireto para amamentação	<p>Apoio com os afazeres domésticos</p>	<p>Minha irmã ajuda a limpar a casa (M1)</p> <p>Minha irmã vai no mercado ou me leva até o mercado pra comprar coisas pra casa. Vem aqui em casa e traz feijão pronto, às vezes até traz a família dela pra almoçar aqui e daí eu consigo descansar um pouquinho (M2)</p> <p>Minha mãe ajuda com as coisas da casa. A vizinha aqui do lado sempre me traz umas comidinhas prontas, ela faz pra ela e pra mim, e, quando sai para fazer alguma coisa, tipo pagar as contas, sempre pergunta se eu quero alguma coisa da rua. (M3)</p> <p>Minha mãe vem aqui em casa três vezes por semana pra limpar minha casa. (M4)</p> <p>Minha irmã e eu dividimos as coisas da casa para poder dar conta de tudo, mas agora ela que tem feito quase tudo (M5)</p> <p>Minhas três sobrinhas que eu levo pra minha casa pra me ajudar com a casa mesmo, (M6)</p> <p>Desde que cheguei do hospital coloquei meus outros filhos a fazerem as coisas aqui, cada um faz um pouco pra eu poder cuidar do mano, e eles me ajudam muito, só vou cuidando e vendo se está bem feito (M7)</p> <p>Minha mãe fica aqui em casa de vez em quando e me ajuda limpando a casa e fazendo comida, sem ela aqui pra me ajudar já tava louca (M8)</p> <p>Eu tenho uma moça que faz o serviço de casa pra mim, meu marido contratou ela pra ajudar com a casa e eu poder ficar o neném (M9)</p> <p>Minha mãe tem a casa e a vida dela, mas agora vem aqui em casa toda segunda, quinta e sexta, traz feijão congelado, carne pronta e ainda vai no mercado pra mim sempre que eu preciso, pelo menos com isso não tenho que me preocupar (M10)</p> <p>Eu que faço todo o trabalho de casa, meu marido pouco ajuda, é como se eu tivesse um filho maior e mais mimado (M11).</p> <p>Tenho uma mocinha que vem aqui em casa há muito tempo, ela vem sempre nas terças e sextas para limpar a casa. Comida quem faz hoje sou eu, mas só dela limpar a casa já dá uma baita mão (M12)</p> <p>Minha irmã tem feito todo o serviço de casa pra eu poder ficar mais tempo só cuidando do meu bebezinho (M13)</p> <p>Minha sogra tem cuidado de tudo sozinha em casa, às vezes faço a comida pra ajudar um pouco, mas, toda vez que chego perto das panelas, ela briga comigo que eu tenho que cuidar apenas do neném (M14)</p> <p>Meu marido e eu combinamos que ele cuida do nosso bebê e eu cuido da casa, sou meio desajeitada e assim está dando certo (M15)</p>
	<p>Apoio com os cuidados com o filho</p>	<p>Minha irmã faz tudo para a bebê, troca fralda, dá banho, faz dormir (M1)</p> <p>Minha irmã me dá uma carona para levar no posto o guri. Ela se oferece pra ficar uns 5 minutos com o guri pra eu tomar banho. Me ensinou a dar banho no guri e, quando eu tava com os peitos duro porque o guri só queria dormir e não queria mamar, ela veio e me ajudou, me mostrou que tem que tirar o leite e que pode jogar fora que vem mais, (M2)</p> <p>Meu marido ajuda na hora de cuidar da neném, ele disse que se pudesse dava até mama, daí, agora que ela mama um pouco no peito e um pouco na mamadeira, eu dou o peito e meu marido dá a mamadeira, sempre que ele tá em casa. Meu pai ajuda a ficar com a neném pra eu dormir um pouco, comer, tomar banho, essas coisas. (M4)</p> <p>Minha irmã quando volta do trabalho fica com o neném e é essa hora que eu</p>

		<p>posso tomar um banho e comer alguma coisa melhor. (M5)</p> <p>Minhas sobrinhas se divertem com o (nome do bebê) porque cada vez uma quer fazer uma coisa pra me ajudar, e assim eu consigo ficar mais tranquila (M6)</p> <p>O combinado é que, assim que meu marido chega do serviço, ele toma conta do neném, porque é o único tempo que ele tem e quer aproveitar tudo (M7)</p> <p>Meu marido tenta ajudar, mas, como trabalha o dia todo, não tem muito jeito. Minha mãe que dá banho e de vez em quando coloca pra dormir (M8)</p> <p>Como meu marido contratou gente pra ajudar com a casa, minha função é dar conta de tudo do nosso anjinho (M9)</p> <p>Minha irmã e minha mãe que ajudam dando banho, trocando fralda, fazendo dormir, essas coisas, que a gente às vezes tá cansada e não aguenta mais (M10)</p> <p>Meu pai é um anjo na minha vida, ele tem me ensinado tudo, como cuidar o bebê, pra ti ter uma ideia, eu nunca dei banho, sempre meu pai. Deus o livre, escorregar com o sabão e cair no chão, só confio nele (M11)</p> <p>Minha mãe me ajuda bastante, principalmente, porque tenho um pouco de medo de cuidar do (nome do bebê) sozinha, ele é muito pequenininho e frágil, minha mãe me deixa mais segura (M12)</p> <p>Minha mãe às vezes dá banho no (nome do bebê) e coloca pra dormir, mas de resto sou eu que faço tudo, afinal sou a mãe, né!? (M13)</p> <p>Minha sogra e meu sogro me ajudam a dar banho, essa é a hora que eles realmente ajudam com o (nome do bebê), porque de resto quem faz sou eu (M14)</p> <p>Meu marido que faz tudinho, eu só dou a “teta”, o resto morro de medo de machucar, então ele que faz tudo (M15)</p>
Apoio Direto para amamentação	<p>Apoio profissional para amamentação</p>	<p>Desde o pré-natal ele (médico da unidade de saúde) fala sobre amamentar a neném e depois que ela nasceu ele continua ajudando e dando dicas de como amamentar ela. Conversaram (os profissionais do hospital) comigo sobre amamentar e a enfermeira me mostrou algumas coisas (M1)</p> <p>A agente de saúde que veio aqui em casa e ajudou a me explicar como desimpedrar o peito. A enfermeira (do hospital) me explicou um monte de coisas (sobre amamentação) que ajudaram bastante (M3)</p> <p>Encontrei a agente de saúde passando aqui na frente de casa e chamei ela, ela me explicou umas coisas pra ajudar a desimpedrar o peito, até ajudou, sabe. (M5)</p> <p>O médico obstetra do hospital me explicou um monte lá na maternidade, depois que o guri nasceu, sobre a hora de dar mama. (M6)</p>
	<p>Apoio de leigos para amamentação</p>	<p>A benzedeira veio aqui e benzeu meus peitos pra ajudar com os figos [fissuras]. (M3)</p> <p>Então, com certeza quem mais me ajuda a amamentar é a Internet. Minha mãe mora longe da minha casa, mas se eu preciso ligo pra ela, minhas irmãs também moram longe, mas me ajudam muito, quando eu ligo, elas sempre me acalmam se eu fico nervosa. (M6)</p> <p>A pastora da igreja que me mandou passar mamão nas rachaduras [fissuras], que ia melhorar, e disse também que era pra eu dar uma folga, pra parar de dar mama por um tempo que logo melhorava (M14)</p>

Na análise da rede de apoio das mães de recém-nascidos prematuros tardios, percebe-se que possuíam uma rede social pequena, em sua maioria composta por membros da rede primária, com poucos vínculos fortes entre os membros da rede e em especial com elas.

Os membros que se destacaram na rede de apoio das mães dos recém-nascidos prematuros tardios com vínculo forte foram os familiares, entre eles marido, pai, mãe, cunhadas e irmãos. Este resultado também é encontrado em outras pesquisas sobre apoio social no cuidado com crianças, para as mais diversas situações em nosso país (VIEIRA, C.S et al., 2010, PINTO; MARCON, 2012, BARBOSA et al.,2016, DEZOTI et al., 2015, PENNAFORT et al.2016).

Para Müller (2009) a principal fonte de apoio é a família. No contexto desta pesquisa o suporte recebido pela família é considerado como positivo, uma vez que ajuda para fortalecer os vínculos na própria família.

Para todas as pessoas, a família exerce algum tipo de influência em todas as etapas da vida, pois é na família que ocorrem as primeiras interações sociais, desde o nascimento. No período da maternidade, a família torna-se referência, sendo fonte de apoio e de companheirismo, principalmente das figuras femininas, como a mãe, a avó, a sogra e a irmã (MONTE, 2012).

Durante o período de aleitamento materno, o apoio que advém do contexto familiar é reconhecido pelas mulheres como essencial e elas partilham com sua família conhecimentos, experiências, hábitos e condutas, os quais influenciam tanto no início como na manutenção do aleitamento materno (MONTE, 2012).

Em relação à família como rede social, Feijó (2006) destaca que, se esta for grande e os membros forem bem conectados ou próximos, as possibilidades aumentam no sentido de apoio ao familiar. Por outro lado, se a rede tem poucos integrantes e estas pessoas não são próximas ou conectadas, a possibilidade de apoio torna-se reduzida.

Para Kaslow (2001) existem nove tipos de composição familiar: família nuclear, aquela que inclui duas gerações, com filhos biológicos; famílias extensas, com três ou quatro gerações; família adotiva temporária; famílias adotivas, que podem ser birraciais ou multiculturais; casais; famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; casais homossexuais com ou sem crianças; famílias restituídas após o divórcio e várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Atualmente, a família constitui-se por diversos arranjos. Observa-se que ela é menor e menos hierarquizada. Tal variedade faz com que se mude o foco da estrutura familiar nuclear, como modelo de organização familiar, para considerar novas questões em relação à convivência entre as pessoas na família, sua relação com a comunidade mais próxima e com a sociedade mais ampla (FEIJÓ, 2006).

Ao ser observado o tamanho pequeno das redes sociais das mães de recém-nascidos prematuros tardios, percebeu-se as transformações na conformação das famílias e nos modos de vida. As famílias contemporâneas vêm se modificando, ocorrendo novas configurações de gênero e gerações, onde se elaboram novos códigos, mas mantém-se um certo substrato de gerações anteriores. Neste sentido, observa-se o aparecimento dos lares de solteiros e os habitados por apenas um dos pais, identificados neste estudo nos mapas das redes sociais de M3, M5, M10 e M13.

As famílias tendem a ser menores, devido ao declínio da taxa de fertilidade, aumento do número de famílias chefiadas por um dos pais, principalmente a mãe, número menor de irmãos, levando a redes familiares cada vez menores.

Nessa nova conformação, as famílias ficam menos tempo juntas, devido ao aumento no número de integrantes que trabalham ou pela distância física entre as pessoas. Com isso ocorre maior interação de grupos de amigos sem que haja participação da família (FEIJÓ, 2006). Na construção das redes sociais de M3, M5, M7, M8, M10, M13 e M14, o vínculo com pessoas como as amigas e vizinhas era forte ou dentro da normalidade e estas eram consideradas de ajuda tanto direta quanto indireta para amamentar o recém-nascido prematuro tardio, o que reforça as características de constituição destas famílias.

A dinâmica dos papéis parentais e das relações de gênero está mudando. Homens e mulheres cada vez mais desempenham papéis e funções que sempre foram fortemente delimitados como sendo paternos ou maternos, como relata M4:

“[...] meu marido ajuda na hora de cuidar da neném, ele disse que se pudesse dava até mama, daí, agora que ela mama um pouco no peito e um pouco na mamadeira, eu dou o peito e meu marido dá a mamadeira [...]”

Por vezes o cônjuge é referenciado como cônjuge de proteção (RICHARDSON, 2007). Marques (2010) destaca que o marido pode ser uma fonte de apoio e de suporte para a mulher durante a amamentação.

O apoio do companheiro parece também exercer influência positiva na duração do aleitamento materno. Tanto o apoio social e econômico, como o emocional e o educacional parecem ser importantes, pois, nesse momento, o companheiro, além de ser o provedor financeiro, auxilia a mulher nas atividades domésticas, tornando-se a pessoa que mais interfere nesses diferentes tipos de suporte (RIVEMALES, 2010; PONTES, 2009).

A presença do companheiro pode ser decisiva no início e na manutenção do aleitamento materno. Na ausência do pai, a chance de uma criança desmamar precocemente é 1,46 vezes maior, uma vez que a amamentação requer dedicação e a mulher precisa de ajuda, para minimizar o cansaço físico e o desgaste emocional (PONTES, 2009; ISSLER, 2010; MONTE, 2012). O atendimento pré-natal deve incluir nas suas atividades também o companheiro, subsidiando contribuições para a melhoria dos índices do aleitamento materno (KENOSI, 2011).

Também se percebe que, quando estáveis, ativas e confiáveis, as redes sociais são geradoras de saúde, pois proporcionam condição de ajuda, aceleram o processo de reabilitação e cura, e aumentam a sobrevivência (SIMON, 2013). Os familiares e amigos mais próximos são reconhecidos como bons apoiadores quando surgem as dificuldades, apoio este que pode ser tanto físico como psicológico (BREWER, 2007).

Em relação às funções da rede, percebe-se que ela exerce várias funções ao mesmo tempo, como companhia, apoio emocional, conselhos, ajuda material e de serviços. Feijó (2006) afirma que algumas funções são mais importantes do ponto de vista dos cuidados pessoais, como descrevem as entrevistadas M3, M5 e M14:

“Minha mãe me ajuda com as coisas de casa. A vizinha aqui do lado sempre me traz umas comidinhas prontas [...]” M3

“A vizinha vem aqui pra gente conversar e eu me distrair um pouco, porque sozinha eu vou enlouquecer [...]” M5

“Minha sogra tem cuidado de tudo aqui em casa [...] eu tenho que cuidar apenas do neném [...]” M14

Corroborando com as falas de M3, M5 e M14, os estudos de Nobrega (2010), Read (2011) e Ortiz (2011) salientam que o suporte social familiar é benéfico e auxilia na adaptação da família e na diminuição da sobrecarga do cuidado.

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

(RICHARDSON, 2007; SONO, 2008). Neste estudo, as falas de algumas mães documentam este tipo de apoio:

“[...] a vizinha aqui do lado quando sai pergunta se eu quero alguma coisa da rua, como pagar contas [...]” M3

“Minha mãe vem aqui em casa toda a segunda, quinta e sexta e ainda vai no mercado pra mim [...]” M10

A mãe necessita da contribuição dos familiares para cuidar do filho no intuito de diminuir a fadiga e o estresse decorrentes das vivências de situações diárias (MORAES, 2012).

Na nossa cultura a mulher detém o saber sobre o cuidado, o qual é aprendido no convívio com outra mulher da família, durante sua vida, e transmitido para as filhas ou netas. A mulher é geradora do cuidado, é ela que se organiza, faz arranjos internos à família e assume o controle quando algum membro precisa de cuidados. Mesmo com algumas mudanças ocorridas com o papel da mulher na sociedade, como profissionalização e maior independência financeira, é ela que ainda carrega o peso de algumas representações consideradas socialmente corretas, como a de ser mãe (ZAGONEL, 2003). Desta forma, a família e o marido podem não participar do cuidado direto da criança, pois entende-se que o cuidar da criança é uma tarefa que está culturalmente delegada à mulher, principalmente quando se trata de uma criança prematura, que requer cuidados especiais (MORAES, 2012).

O aspecto cultural da família ou sociedade interfere no apoio dado à mãe pela família ou por profissionais para que ela se sinta apta a cuidar do seu filho. Assim, todas as mães de recém-nascidos prematuros tardios neste estudo tinham alguém que as ajudasse, fosse nas atividades domésticas, ou no apoio direto do cuidado com a criança.

A divisão de responsabilidades é justificada pela sobrecarga materna relacionada, de forma geral, à situação vivenciada pelo cuidador em vários aspectos, como a sobrecarga física, emocional, financeira, (in)dependência da família e desgaste, refletida no cansaço físico e emocional da mulher (MORAES, 2012).

Percebe-se também que o apoio oferecido às mães dos prematuros tardios estava mais presente na ajuda indireta para amamentar (Quadro 2). As mães relataram que a ajuda se dava principalmente nos cuidados com os afazeres domésticos e nos cuidados gerais com o recém-nascido. Os familiares, ao auxiliarem as mães dos recém-nascidos prematuros tardios nessas atividades, entendiam que favoreciam o aleitamento materno,

pois permitiam que a mulher dedicasse maior tempo para o aleitamento materno (MARQUES et al., 2010), como explicitado por M15:

“Meu marido faz tudinho, eu só dou a teta [mama].”

Observou-se, nos mapas das redes de apoio e no Quadro 2, que era pouco presente o apoio direto para o aleitamento materno para as mães dos recém-nascidos prematuros tardios tanto pelos familiares, quanto pelos profissionais de saúde.

O apoio para o aleitamento materno dos recém-nascidos prematuros tardios pelos familiares ocorreu por contato telefônico com a mãe (M1, M6) e irmãs (M6). Sabe-se que a inserção da família, a rede social primária, destas mulheres deve ocorrer nas orientações e no preparo para o aleitamento materno desde o atendimento pré-natal, pois são estas as pessoas que estarão ao lado da mulher quando ela precisar de apoio, e no momento de maior dificuldade, que é o retorno ao lar. Momento em que não há mais a presença constante dos profissionais de saúde, como o que acontece na maternidade.

O contexto familiar ocupa o lugar de referência para a mulher que, no período pós-parto, se depara com o processo de aleitamento materno. Cabe ressaltar que, embora as mulheres tenham referido que sua rede social era composta de familiares, parentes, amigos, colegas, vizinhos, profissionais de saúde e outros, durante o período de aleitamento materno nem sempre tais membros se mostraram como um apoio para essas mulheres, com os quais elas pudessem estabelecer relação de confiança e buscar o suporte necessário. Assim, durante o aleitamento materno algumas mulheres mencionaram que não contaram com o apoio da maioria dos membros de sua rede social, fato também relatado por Souza (2012).

Outra forma de apoio encontrada neste estudo relatada por M6 foi a Internet. Para Ventola (2014) as ferramentas de mídias sociais, como *sites*, plataformas, blogs, microblogs, aplicativos, jogos e outras, podem ser utilizadas de forma prudente e adequada para promover a saúde tanto em nível individual quanto coletivo. As ferramentas de mídias sociais podem fornecer conhecimento e o compartilhamento de experiências entre as pessoas.

Na rede secundária das mães de recém-nascidos prematuros tardios a quantidade de membros se apresentava ainda menor, quando comparada à rede primária, e com muitos vínculos interrompidos, em especial com os profissionais da saúde. Assim, a rede social secundária era pequena ou inexistente. Nesta estão inseridos atores da rede social da mulher por vezes invisíveis, só aparecendo em momentos de dificuldade,

quando há algum interesse momentâneo. Entre estes se destacaram os agentes comunitários de saúde e o médico tanto da unidade de saúde como da unidade hospitalar. Outros membros da rede secundária identificados por essas mães foram a benzedeira, a pastora da igreja, a consultora particular de amamentação.

Os membros da rede secundária surgem como apoio no momento em que as dificuldades com o aleitamento materno iniciam, geralmente no retorno imediato ao domicílio, após a alta da maternidade.

Para Souza (2012) a rede secundária ainda não se constitui como um ponto de apoio para a mulher que amamenta, pois, durante o período da amamentação, a mulher conta com o auxílio principalmente dos membros da sua rede primária, constituída por familiares, amigos e vizinhos.

Deve-se levar em conta o fato de que as mães dos recém-nascidos prematuros tardios estão no puerpério, o qual é conceituado como um período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas e é caracterizado pelas regressões das modificações locais e sistêmicas que foram provocadas pela gravidez. Tanto a gravidez quanto o puerpério produzem mudanças no núcleo familiar. No puerpério, diante das repercussões de suas adaptações tanto fisiológicas, como psicológicas, a mulher necessita de apoio dos familiares, amigos e profissionais de saúde (BARBOSA, 2005). Ressalta-se a importância do cuidado de enfermagem no período puerperal como forma de ampliar os contatos das mulheres com a rede social secundária, diminuindo o isolamento social característico dessa fase.

Outra forma de apoio recebida pelas mães na rede secundária, relacionada ao aleitamento materno, foi a ajuda de leigos, que neste estudo foram representados pela benzedeira (M3) e pela pastora de uma igreja (M14). Embora sejam atores sociais importantes e relacionados à religiosidade, não parecem ter ajudado para os problemas das fissuras mamárias relatados pelas mães. Uma vez que as orientações fornecidas por estes atores sociais, como uso do mamão e o descanso da mama, estão desatualizadas e não estão indicadas para resolver fissuras mamárias. Apesar disso, apresentam influência nas orientações de saúde para as mães dos recém-nascidos prematuros tardios, pois estão mais próximos às mulheres no seu cotidiano e seus saberes são adquiridos por transmissão familiar (mães, avós, tias, avôs), o que reforça o poder de suas ações (MATSUKURA, 2002; PAULICS, 2003).

Para Maciel (2006) as rezadeiras/benzedeiras quase sempre exercem um apoio negativo em relação ao aleitamento materno, uma vez que elas não confiam no leite materno como única fonte de alimento da criança até o sexto mês de vida, dificultando a prática do aleitamento materno exclusivo nas comunidades em que elas estão presentes.

Quanto ao apoio para o aleitamento materno recebido pelas mães dos recém-nascidos prematuros tardios, observou-se nas entrevistas que elas não perceberam dificuldades para amamentar quando estavam no hospital, provavelmente por desconhecerem as especificidades de cuidado de seu filho. Talvez também se devesse ao fato de sentirem-se seguras de que, se fosse necessária qualquer ajuda, poderiam alertar os profissionais da maternidade que lá estavam sempre disponíveis e aptos para tal.

Neste estudo, percebeu-se que algumas mães incluíram os profissionais da saúde em seus mapas (M1, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M14), porém o vínculo estabelecido entre eles foi fraco ou interrompido. Com isso, a ajuda fornecida foi pequena ou pouco eficaz, o que corrobora o fato de que, aos 15 dias de vida, apenas um dos recém-nascidos prematuros tardios estava sendo amamentado exclusivamente.

Em relação ao apoio dos profissionais de saúde, este é caracterizado nas falas:

“[...] ele (médico do posto) continua ajudando e dando dicas de como amamentar [...]” M1

“ A enfermeira do hospital me explicou um monte de coisas (sobre amamentação) que ajudaram bastante [...]” M3

“ A agente de saúde me explicou umas coisas que ajudaram a desmamar (ingurgitamento mamário) o peito [...]” M5

Percebe-se a importância de os profissionais de saúde estarem atentos às necessidades das mães dos recém-nascidos prematuros tardios para auxiliá-las no aleitamento materno de seus filhos. Simon (2013) ainda ressalta a importância de o enfermeiro estar presente quando solicitado, tanto para o aconselhamento como para ajudar a família no domicílio, e considera que os profissionais também são vistos como fonte de informações.

Moraes (2012) afirma que, quando os pais recebem apoio dos profissionais de saúde, têm menos conflitos na família, menos tristeza e medo, melhor aceitação da situação e mais proximidade social nos relacionamentos em situações de doenças

crônicas dos filhos. Hsiao (2009) destaca que a falta de apoio dificulta o enfrentamento, a reorganização familiar e ocasiona sobrecarga de cuidados.

Neste estudo o apoio dos agentes comunitários de saúde às mães esteve relacionado a informações para tratar lesões na mama ou para introdução de substitutivos do leite materno. Assim, o apoio ao aleitamento materno está direcionado à resolução de problemas. Talvez este fato indique que os membros da rede primária não se sintam preparados ou orientados o suficiente para ajudar na promoção do aleitamento materno na prematuridade tardia.

Para Pedron (2013) a prematuridade tardia, na maioria das vezes, não é identificada como um problema, embora as mães possam perceber que este recém-nascido tem características diferentes dos outros, como, por exemplo, a sonolência identificada por muitas das mães (M3, M5, M8, M13).

No próximo item será apresentada uma reflexão sobre as políticas, os programas e ações de saúde que se fizeram presentes neste estudo, relacionada ao aleitamento de recém-nascidos prematuros tardios. Assim, a atuação dos profissionais de saúde que estão inseridos nestes programas será destacada e refletida.

5.4 As Políticas Públicas e a Rede de Apoio para o Aleitamento Materno na Prematuridade Tardia

Na reflexão sobre as políticas e programas públicos vigentes para o aleitamento materno na prematuridade tardia destacam-se tanto políticas e programas na assistência hospitalar como na comunidade. Nos programas relacionados ao atendimento hospitalar estão a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a qual propõe ações para promoção, proteção, apoio e manutenção do aleitamento materno (BRASIL, 2014), e o Método Canguru, com ações para cuidado tanto aos recém-nascidos prematuros como para os recém-nascidos com baixo peso ao nascer (BRASIL 2011).

Nos programas relacionados ao atendimento domiciliar destacam-se a Rede Amamenta Alimenta Brasil, a qual tem por objetivos qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL 2013), bem como as ações promotoras do

aleitamento materno desde a atenção pré-natal contempladas na Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

Outro programa que se fez presente, com a atuação dos agentes comunitários de saúde e do médico da família, foi a Estratégia Saúde da Família.

Ao serem relacionadas as políticas e programas, percebeu-se a grande lacuna existente entre o que é preconizado e o que foi relatado pelas mães em relação ao apoio recebido das ações decorrentes dos mesmos.

No presente estudo o nascimento dos recém-nascidos prematuros tardios ocorreu em hospital credenciado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, desde 1998.

Apenas um recém-nascido nesta pesquisa, o filho de M6, estava em aleitamento materno exclusivo aos 15 dias de vida. Esse dado vem ao encontro da pesquisa realizada por Pedron (2013), a qual identificou que apenas um entre 15 dos recém-nascidos prematuros tardios estudados mantinha-se em aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida.

Neste estudo as mães afirmaram que os recém-nascidos prematuros tardios eram amamentados na alta hospitalar. Embora M1, M3, M4, M5, M6, M7, M11 e M12 tenham relatado que seus filhos apresentaram alguma dificuldade para mamar. Porém, assim que chegaram em casa, com cerca de três dias de vida, os recém-nascidos já estavam utilizando fórmula láctea para complementar o aleitamento materno, e relataram que tiveram alta hospitalar com seus filhos com prescrição de fórmula láctea. O que vem ao encontro do estudo de Moraes et al. (2016), realizado no mesmo hospital deste estudo, o qual apontou que a oferta de complemento lácteo para recém-nascidos a termo ainda no hospital, pelo menos uma vez, foi de 23,5%. O mesmo estudo destaca que os recém-nascidos que recebem fórmula láctea no hospital têm duas vezes mais chance de interromper a amamentação no primeiro mês de vida. Os filhos de M2, M3 e M5 estavam recebendo a fórmula láctea prescrita pelo pediatra do hospital aos 15 dias de vida.

Observou-se que as mães dos recém-nascidos prematuros tardios apresentaram problemas para amamentar ainda no hospital, porém estas não tinham este entendimento.

Uma estratégia para amenizar este problema seria a adaptação dos passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para os recém-nascidos prematuros tardios proposta por Hallowell (2012), a qual contempla educação aos pais acerca dos

benefícios do leite materno; estabelecimento e manutenção da produção de leite materno a partir da amamentação ou da ordenha a cada duas horas e armazenamento do leite materno ordenhado; alimentação com leite humano na mama ou ordenhado; contato pele a pele; sucção não nutritiva na mama; uso de protetor de mamilo se necessário; avaliação da quantidade de leite ofertada pelo ganho de peso; acompanhamento adequado.

Percebeu-se que, embora tenham ocorrido dificuldades para amamentar, a presença constante dos profissionais e o ambiente favorável de um hospital credenciado como Hospital Amigo da Criança contribuiu para o esforço das mães em amamentar na maternidade.

As próprias mães reconheceram que não pediram ajuda aos profissionais do hospital. Fato que pode ser creditado ao desconhecimento que possuíam sobre a prematuridade tardia. Destaca-se neste estudo a não informação das mães sobre as características do prematuro tardio, como sonolência, não coordenação sucção-respiração-deglutição e sucção ineficaz, que determinam alimentação mais frequente e em menor volume de ingesta nas primeiras semanas de vida.

Bakewell-Sachs (2007) destaca que o sucesso do comportamento alimentar dos recém-nascidos prematuros tardios depende necessariamente da maturidade e do desenvolvimento cerebral do recém-nascido. Os recém-nascidos prematuros tardios parecem maduros e estáveis fisicamente ao nascer, porém apresentam dificuldades de coordenação de sucção-deglutição-respiração (HALLOWELL, 2016).

Não houve referência das mães a qualquer informação recebida dos profissionais de saúde sobre as características do recém-nascido prematuro tardio ainda na maternidade. Algumas mães, como M3, M5, M8 e M13, perceberam e identificaram a sonolência do filho, porém não a associaram com as características da prematuridade tardia. Do mesmo modo, as mães não foram alertadas pelos profissionais acerca das condições de não prontidão para a amamentação de seus filhos. Walker (2008) afirma que os comportamentos do prematuro tardio podem gerar sentimentos de frustração e decepção na mãe ao amamentar seu filho.

Walker (2008) e Bennett et al. (2017) alertam que a sonolência apresentada pelos recém-nascidos prematuros tardios pode ser entendida pelas mães como desinteresse pelo seu leite, que aliado ao baixo ganho de peso do recém-nascido se

tornam justificativas para a mãe desistir do aleitamento materno e introduzir outros alimentos.

Walker (2008) recomenda que as enfermeiras do hospital em conjunto com a consultora de amamentação elaborem um plano de cuidados individualizado a ser utilizado tanto no hospital quanto após a alta hospitalar, para cada mãe e seu filho prematuro tardio. Bennett et al. (2017) afirmam que as enfermeiras devem transmitir confiança e estimular as mães dos recém-nascidos prematuros tardios, uma vez que o aleitamento materno destes recém-nascidos requer persistência. Salienta-se o fato de o hospital em que as mães do estudo tiveram seus filhos possuir o serviço de consultoria em amamentação, no entanto nenhuma das mães relatou que tivesse sido orientada por este profissional.

Na maternidade as ações educativas devem ser oferecidas de forma gradativa para a rede de apoio social, de tal forma que possibilite a desconstrução de mitos e incluam-se os familiares nos cuidados com o recém-nascido após a alta hospitalar (MONTE, 2012).

Outro fator que contribuiu para o insucesso do aleitamento materno exclusivo foi o pouco tempo de internação após o parto. As mães do presente estudo receberam alta hospitalar com seus filhos entre dois e três dias após o parto.

A Academia Americana de Pediatria recomenda, para o cuidado com os recém-nascidos prematuros tardios, que só devam ter alta hospitalar após 48 horas de vida, quando demonstrarem habilidades necessárias para se alimentar e de termorregulação antes deste período. Mesmo que a alta hospitalar após 48 horas seja possível, a orientação é de que se mantenha acompanhamento no domicílio por um profissional de saúde até o final da primeira semana de vida. A primeira visita deve ser realizada no máximo 24 a 48 horas após a alta (ENGLE, 2007).

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

Maciel (2014) ressalta que o retorno para casa gera ansiedade nas mães, pois este é o momento em que elas irão assumir o cuidado do filho sem auxílio dos profissionais de saúde. Em relação ao aleitamento materno elas se adaptam da forma que consideram a mais adequada, com a influência dos familiares e pessoas próximas. Assim, o retorno ao lar é visto de forma ambígua, pois há a sensação de alívio por estar em casa, mas também pode haver insegurança, porque é nesse momento que ocorre o maior envolvimento familiar (SOUZA, 2010).

Walker (2008) e Bennett et al. (2017) recomendam que as mães dos recém-nascidos prematuros tardios sejam orientadas ainda no hospital quanto à ordenha das mamas, de modo manual ou por bomba extratora. Para estes autores, a estimulação para a produção do leite materno pelos recém-nascidos prematuros tardios está comprometida em função da sucção ineficaz e dos problemas na coordenação sucção-respiração-deglutição, entre outros, que comprometem o esvaziamento completo da mama em cada mamada, retardam a descida do leite e favorecem o ingurgitamento mamário após a alta hospitalar. Neste estudo nenhuma das mães referiu ter recebido orientação no hospital sobre o esvaziamento das mamas, as orientações foram recebidas pelos agentes de saúde, já no domicílio.

Os profissionais de saúde do hospital devem orientar as mães a realizar a ordenha mamária a cada 2 a 3 horas a fim de estimular a produção de leite (SPATZ, 2004). Neste sentido, os enfermeiros têm um importante papel de educação em saúde para as mães dos recém-nascidos prematuros tardios, que é de orientar acerca das necessidades de iniciar e manter a ordenha durante a internação hospitalar (HALLOWELL, 2012).

Estudo realizado por Gianni et al. (2016) identificou que a ordenha mamária foi uma intervenção que facilitou o aleitamento materno dos recém-nascidos prematuros tardios. E que, três semanas após o parto, as mulheres que realizaram a ordenha uma hora após o nascimento produziram maiores volumes de leite do que as que iniciaram a ordenha seis horas pós-parto.

Outro programa não acionado no atendimento aos recém-nascidos prematuros tardios foi o Método Canguru. Destaca-se que, na prática, este programa dá ênfase apenas àqueles recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Neste estudo nove dos recém-nascidos prematuros tardios foram classificados como recém-nascidos com baixo peso ao nascer e deveriam ter sido contemplados, pois

estavam nos critérios de atendimento do Método Canguru. O que poderia ter favorecido o aleitamento materno para estes recém-nascidos.

Encorajar as mães de recém-nascidos prematuros tardios a participar do cuidado no Método Canguru mostrou-se uma tendência a proteger o aleitamento materno exclusivo. Neste método percebe-se a importância de desenvolver o contato pele a pele para promover o aleitamento materno (GIANNI et al., 2016).

Estudo realizado por Ayton et al. (2012) identificou que os recém-nascidos eram mais saudáveis e eram amamentados por um a quatro meses quando recebiam contato pele a pele no nascimento ou logo após parto. E evidenciou a eficácia do Método Canguru para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros tardios.

Em relação à atenção no contexto da rede básica de saúde aos recém-nascidos prematuros tardios e suas mães, percebe-se a ausência do entendimento dos profissionais de que estes recém-nascidos devem ter uma atenção diferenciada das crianças que nasceram a termo.

Pedron (2013) afirma que na atenção primária em saúde muitas vezes ocorre a falta de entendimento das repercussões da prematuridade para o crescimento, desenvolvimento e morbimortalidade desses recém-nascidos. Para esta autora, este fato se torna evidente ao constatar que durante o acompanhamento nas consultas de puericultura não se leva em conta a necessidade de avaliar a idade corrigida desses recém-nascidos no seu atendimento. A idade corrigida deve ser realizada na avaliação do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros tardios por necessitarem de atenção diferenciada. Bennett et al. (2017) reforçam o uso da idade corrigida pelos profissionais de saúde no atendimento ao recém-nascido prematuro tardio para avaliação e promoção do seu crescimento e desenvolvimento.

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

Outros profissionais da saúde destacados neste estudo foram os agentes comunitários de saúde, os quais contribuíram para a promoção do aleitamento materno, durante as visitas domiciliares no puerpério. Os agentes comunitários de saúde atuam para tentar ajudar na solução de problemas durante a amamentação e não na promoção do aleitamento materno. E na maioria das vezes essa ajuda está respaldada no conhecimento popular e não no saber científico, o que sugere a falta de preparo desses profissionais para o cuidado com essas mães e recém-nascidos.

Ainda assim, mulheres que tiveram esse tipo de apoio, principalmente nos primeiros dias de pós-parto, apresentaram uma prevalência média de aleitamento materno de 45%, contra apenas 13% daquelas que não tiveram tais visitas (COUTINHO, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é elo entre a atenção primária à saúde e a comunidade, exercendo a educação em saúde como função principal. Nesse sentido, suas ações voltadas para o aleitamento materno são fundamentais, pois este conhece os usuários e sua cultura, sabe valorizar e integrar o saber popular ao saber científico (BRASIL, 2012). Quando os agentes comunitários em saúde são ativos na comunidade, as mulheres iniciam o pré-natal mais precocemente, realizam o maior número de consultas e são mais orientadas sobre aleitamento materno, aumentando as chances de exercerem a prática do aleitamento materno (MOIMAZ et al., 2017).

No entanto, uma pesquisa que procurava identificar os conhecimentos e práticas de profissionais de saúde revelou que os agentes comunitários de saúde obtiveram um desempenho inadequado acerca da técnica de amamentação e do manejo dos principais problemas (SIMIONI, 2008). Este resultado é preocupante, uma vez que este profissional de saúde está bastante próximo da comunidade e na maioria das vezes é a primeira opção de apoio por parte das mulheres no surgimento de dúvidas (CALDEIRA, 2007).

Moimaz et al. (2017) comprovaram que a capacitação dos profissionais, incluindo os agentes comunitários de saúde, foi determinante para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo naquela comunidade, demonstrando que as orientações e o incentivo dados às mulheres para o manejo da amamentação são fundamentais para a manutenção desta prática.

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

Percebeu-se também a sobreposição dos objetivos das políticas e programas e que, mesmo assim, não se mostraram eficazes para o sucesso do aleitamento materno, em especial destes recém-nascidos. Estas políticas e programas são encontradas de maneira isolada. A implantação dos programas e políticas ocorre de maneira fragmentada e acaba por não acontecer da maneira que deveria.

Os profissionais de saúde devem direcionar seus esforços para o suporte à implementação e manutenção do aleitamento materno para as mães dos recém-nascidos prematuros tardios, em especial, otimizando a ordenha mamária, promoção do Método Canguru e adequação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança a essa população.

Sabe-se que os recém-nascidos prematuros tardios requerem mais tempo para aprender como mamar devido à sua imaturidade fisiológica e de desenvolvimento. Isso requer que os enfermeiros tenham mais tempo para ajudar as mães a estabelecer uma produção adequada de leite e que o aleitamento materno exclusivo seja prioridade para a alta hospitalar.

Deve-se aumentar o tempo de permanência dos profissionais de saúde ao acompanhar essas mães para que possam identificar dificuldades de alimentar os recém-nascidos. E que a necessidade de planejamento de acompanhamento após a alta hospitalar é essencial para estes recém-nascidos. Os enfermeiros precisam ensinar os pais como amamentar este filho e como acompanhar o ganho de peso deste em casa. O acompanhamento próximo na atenção primária, utilizando visitas domiciliares ou acompanhamento por telefone, deve ocorrer com frequência e iniciar em até 48 horas após a alta hospitalar e ser mantido até que o aleitamento materno exclusivo seja eficaz e exista o ganho de peso adequado da criança (HALLOWELL, 2012).



6 CONSIDERAÇÕES

Os recém-nascidos prematuros tardios, mesmo sendo a maioria dos prematuros, de modo geral são considerados invisíveis aos olhos dos profissionais de saúde. Suas especificidades e singularidades não são consideradas nos cuidados que recebem, e isso reflete no despreparo das mães no cuidado domiciliar e no aleitamento materno de seus filhos. Elas percebem que este recém-nascido é diferente dos outros, mas apenas pelo tamanho ou sonolência excessiva, porém não recebem as orientações necessárias para o cuidado com o filho.

As redes de apoio dessas mulheres são pequenas e com os membros cada vez mais distantes fisicamente, o que se reflete em vínculos cada vez mais frágeis, tornando o cuidado com o filho e em especial o aleitamento materno desse recém-nascido mais difícil. A rede secundária é ainda menor que a primária e com vínculos em sua maioria interrompidos, isso dificulta ainda mais o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno pelas mães destes prematuros.

As possibilidades de políticas públicas, programas e ações contribuirão para o aleitamento materno desses recém-nascidos somente ocorrerá quando eles forem identificados como sujeitos de cuidados dentro destas políticas. A falta de relação entre a atenção hospitalar e comunitária evidencia a necessidade da existência de protocolos para o acompanhamento desses recém-nascidos, pois a chegada em casa é crucial para o estabelecimento do aleitamento materno.

O estudo observou que aos 15 dias há definição do tipo de aleitamento que esses recém-nascidos recebem, muito devido às dificuldades que enfrentam ao chegar em casa.

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

Durante a internação hospitalar, há necessidade de inserção desses recém-nascidos no Método Canguru, o qual favorece a criação de vínculo e, conseqüentemente, a produção de leite materno. Deve-se orientar a mãe sobre a importância da ordenha para manutenção da produção de leite e armazenamento de leite materno para que o ganho de peso do filho seja ideal. A mulher só deve receber alta

hospitalar com o plano de alta individualizado realizado pela equipe em conjunto com a mãe e sua família, assim esta família poderá ajudar de maneira eficaz.

A alta hospitalar deve ser avaliada individualmente para que seja realizada apenas no momento em que a mãe e sua família estejam devidamente orientadas acerca das especificidades fisiológicas deste recém-nascido e sua repercussão no aleitamento materno.

Esta família necessita de acompanhamento domiciliar, seja por meio de visitas logo após a alta, por contato telefônico, ou que a mãe saiba onde ela pode buscar ajuda caso tenha alguma dificuldade em relação ao seu filho.

Sugere-se a criação de protocolos, tanto hospitalares quanto na rede de saúde na atenção básica, específicos para o cuidado destes recém-nascidos, com o intuito de dar maior visibilidade a eles, e que neste protocolo se insira a rede de apoio, pois, se a mãe do recém-nascido prematuro tardio não tiver apoio ou se sua rede for pequena, o aleitamento materno não se estabelece.

A assistência prestada a esses recém-nascidos deve levar em conta suas especificidades. Percebem-se a necessidade de inserção desses prematuros no cuidado Canguru, a necessidade de implantação de um banco de leite humano ou da identificação desses recém-nascidos por parte dos profissionais que atuam na unidade de alojamento conjunto e na consultoria de amamentação, atentando para as especificidades em relação à amamentação. E a necessidade de utilizar a referência e contrarreferência, para que este recém-nascido, mesmo com alta precoce, receba a visita domiciliar de um profissional da saúde nas primeiras 48 horas após a alta hospitalar.

Em relação à pesquisa, alguns questionamentos surgem ao final deste estudo. Os profissionais das instituições hospitalares reconhecem esses recém-nascidos como sujeitos de cuidados com especificidades? A inserção dos prematuros tardios no Método Canguru aumenta os índices de aleitamento materno exclusivo ou predominante desses recém-nascidos?

Ao se refletir acerca da inserção da prematuridade tardia e do aleitamento materno no ensino da enfermagem, sugere-se que este seja um assunto abordado nos currículos das disciplinas tanto de saúde da mulher como de saúde do recém-nascido, com o intuito de formar profissionais capazes de identificar esses recém-nascidos e prestar cuidados conforme suas especificidades. Também é necessário o aprofundamento de alguns conteúdos relacionados com o aleitamento materno desses recém-nascidos. Neste

sentido, é necessário dar ênfase às orientações em relação à importância da ordenha mamária, como realizá-la, quando fazê-la e como oferecer o leite ordenhado a este recém-nascido.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Aleitamento materno, amamentação, relação natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n. suplemento 5, p. 119-125, 2004.
- ALVES, A.L.N.; OLIVEIRA, M.I.C.; MORAES, J.R. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**. v. 47, n. 6, p. 1130-1140, 2013.
- ARAÚJO, B.F; ZATTI, H; MADI, J.M; COELHO, M.B; OLMÍ, F.B; *et al.* Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **Jornal de Pediatria**, v.88, n.3, p.259-266, 2012.
- AYTON, J; HANSEN, E; QUINN, S; NELSON, M. Factors associated with initiation and exclusive breastfeeding at hospital discharge: late preterm compared to 37 week gestation mother and infant cohort. **Internacional Breastfeeding Journal**, v.7, n.16, 2012.
- BAKEWELL-SACHS, S; MEDOFF-COOPER, B; ESCOBAR, G. J.; SILBER, J. H.; LORCH, S. A. Infant functional status: The timing of physiologic maturation of preterm infants. **Pediatrics**, v.123, n. 5, p:878–886, 2009.
- BARBOSA, MTS; BYINGTON MRL; STRUCHINER, CJ. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexão a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p.37-51, 2000.
- BARBOSA, R.C.M.; AQUINO, O.S.; ANTERO, M.F.; PINHEIRO, A.K.B. Rede social de apoio à mulher no período puerperal. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 361-366, 2005.
- BARBOSA, T.A. et al. Rede de apoio e apoio social as crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista RENE**, v.17, n. 1, p. 60-66, 2016.
- BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Petrópolis; RJ. Vozes, 2002.
- BENNET, C.F.; GALLOWAY, C; GRASSLEY, J. S. Education for WIC Peer Counselors about breastfeeding the late preterm infant. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, 2017, v. 14, p. 1-5, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância/Organização Mundial da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Iniciativa hospital amigo da criança: Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Rede Amamenta Brasil**. Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável : Caderno Do Tutor**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Série I. História da Saúde. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do DF. **Plano de Ação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

_____. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da criança e Aleitamento Materno. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: estratégia amamenta e alimenta Brasil: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BREWER, H.M.; SMITH, J.A; EATOUGH, V; STANLEY, C.A.; GLENDINNING, N.W.; QUARRELL, O.W.J. Caring for a child with juvenile huntington's disease: helpful and unhelpful support. **Journal of Child Health Care**. v. 11, n. 1, p. 40-52, 2007.

BUENDGENS, B.B.; TELES, J.M.; GONÇALVES, A. C.; BONILHA. A.L.L. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. sup.7, p. 2897-2906, 2017.

CABRAL, I.E.; GROLEAU, D. A prática da amamentação após o método mãe canguru no Rio de Janeiro: a necessidade de educação em saúde e intervenção de Enfermagem no domicílio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.4, p.763-771, 2009.

CALDEIRA, A.P.; AGUIAR, G.N.; MAGALHÃES, W.A.C.; FAGUNDES, G.C. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1965-1979, 2007.

CAÑEDO, M.C. **Método Canguru: a experiência dos pais de recém-nascidos com baixo peso.** 2017. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2017.

CARVALHO, H. M. B. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. **Revista de Saúde da Criança**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 14-18, 2011.

CICONI, R.C.V; VENANCIO, S.I; ESCUDER, M.M. Avaliação dos conhecimentos de equipes do programa de saúde da família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v 4, n 2, p.193-202, 2004.

CONSORTIUM, S. L.; et al. Respiratory morbidity in late preterm births. **JAMA**, v. 304, n. 4, p. 419-425, 2010.

COUTINHO, S.B.; LIRA, P.I.C.; CARVALHO, L.M.; ASHWORTH, A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet**, v. 366, n. 9491, p. 24-30, 2005.

CRUMP, C; SUNDQUIST, K; SUNDQUIST, J; WINKLEBY, M.A. Gestational age at birth and mortality in young adulthood. **JAMA**, v.306, n.11, p. 1233-1240, 2011.

DANI, C; et.al. Neonatal morbidity in late preterm and term infants in the nursery of a tertiary hospital. **Acta Paediatrica**. v.98, n.11, p. 1841-1843, 2009.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde: Estatísticas Vitais Brasília (DF) 2012. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>

DEZOTI, A.P. et al. Apoio social a famílias de crianças com paralisia cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.28, n.2, p. 172-176, 2015.

ENGLE, W. A.; TOMASHEK, K. M.; WALLMAN, C. “Late-preterm” infants: A population at risk. **Pediatrics**, v. 120, n. 6, p. 1390–1401, 2007.

FEIJÓ, M.R. Família e rede social. In: CERVENY, C.M.O (Org). **Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GIANNI, M. L. et al. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers’ experiences. **BMC Pediatrics**, v.16, n. 1, p. 179-187, 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIULIANI, E.R.J. Alojamento Conjunto e amamentação. In: FREITAS, F. et. Al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GONÇALVES, A.C.; BONILHA, A.L.L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.26, n.3, p. 333-44, 2005.

- GUERRA, G.M.C. **Melhoria das condições de vida – análise de uma rede social**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Universidade de Fortaleza – Fundação Edson Queiroz, Fortaleza, 2006.
- GYAMFI-BANNERMAN, C; FUCHS, K.M; YOUNG, O.M; HOFFMAN, M.K. Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 205, n. 5, p. 456-462, 2011.
- HALLOWELL, S.G.; SPATZ, D.L. The Relationship of Brain Development and Breastfeeding in the Late-Preterm Infant. **Journal of Pediatric Nursing**, v.27, n.2 , p.154–162, 2012.
- HERNÁNDEZ-DÍAZ, S; VAN MARTER, L.J; WERLER, M.M; LOUIK, C; MITCHELL, A.A. Risk factors for persistent pulmonary hypertension of the newborn. **Pediatrics**. v. 120, n.2, p. 272-282, 2007.
- HOLLAND, M.G; REFUERZO, J.S; RAMIN, S.M; SAADE, G.R; BLACKWELL, S.C. Late preterm birth: how often is it avoidable? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.201, n.4, p.404, 2009.
- HOWSON, C.P.; KINNEY, M.V.; LAWN, J.E. **Born Too Soon: The global action report on preterm birth**. World Health Organization. Genebra, 2012.
- HSIAO, C.Y.; RIPER, M.V. Individual and family adaptation in Taiwanese families of individuals with severe and persistent mental illness (SPMI). **Research Nursing & Health**, v. 32, n. 3, p. 307-320, 2009.
- ISSLER H, et. al. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatrics (São Paulo)**, v. 32, n. 2, p.113-120, 2010.
- KAO, A.P.O.G.; GUEDES, Z.C.F.; SANTOS, A.M.N. Características da sucção não-nutritiva em RN a termo e pré-termo tardio. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.16, n.3, p.298-303, 2011.
- KASLOW, F.W. Families and Family Psychology at the Millenium. **American Psychologist**, v.56, n.1 p.37-46, 2001.
- KENOSI, M.; HAWKES, C.P.; DEMPSEY, E.M.; RYAN, C.A. Are fathers underused advocates for breastfeeding? **Irish medical Journal**, v.104, n.10, p.313-315, 2011.
- LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.26, n. 2, p.161-9, 2008.
- LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30 n. suplemento 1, p.1-15, 2014.
- LAUGHON, S.K; REDDY, U.M; SUN, L; ZHANG, J. Precursors for late preterm birth in singleton gestations. **Obstetrics Gynecology**, v.116, n.5, p. 1047-1055, 2010.

LOWDERMILK, D.L. et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LUDWIG, S. Oral feeding and the late preterm infant. **Newborn & Infant Reviews**, v.7, n.2, p.72-75, 2007.

MACIEL, M.R.A.; GUARIM NETO, G. Um olhar sobre as benzedoras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, v.1, n.3, p.61-77, 2006.

MACIEL, I.V.L.; ALMEIDA, C.S.; BRAGA, P.P. O aleitamento no contexto da prematuridade: o discurso materno. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.8, n.5, p.1178-1184, 2014.

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 2, p.187-196, 2008.

MACHADO, L.C. Jr; PASSINI, R. Jr; ROSA, I.R. Late prematurity: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v.90, n.3 ,p. 221-231, 2014.

MARQUES, E.S. et al. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p. 261-281, 2010.

MARQUES, E.S.; et. al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n. Supl. 1,p.1391-1400, 2010.

MATSUKURA, T.S.; MARTURANO, E.M.; OISHI J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.675-681, 2002.

MCCAIN, C.G. An evidence-based guideline for introducing oral feeding to healthy preterm infants. **Neonatal Network**. v.22, n.5, p.45-50, 2003.

MCGRATH, J. M. Family dynamics. “He’s just a little small”: helping families to understand the implications of caring for a late preterm infant. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 7, n. 2, p. 120-121, 2007.

MCINNES, R. J.; CHAMBERS, J. Infants admitted to neonatal units—interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review 1990-2007. **Maternal & child nutrition**. v.4, n.4, p.235-263, 2008.

MEIER, P.P; FURMAN, L.M; DEGENHARDT, M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. v.52, n.6, p. 579-587, 2007.

MELAMED, N; et al. Short-term neonatal outcome in lowrisk, spontaneous, singleton, late preterm deliveries. **Obstetric & Gynecology**. v.114, n.2 ,p. 253-260, 2009.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2009.

MOIMAZ, S.A.S.; et. al. Agentes comunitários de saúde e o aleitamento materno: desafios relacionados ao conhecimento e à prática. **Revista CEFAC**, v.19, n.2, p.198-212, 2017.

MONTE, G.C.S.B.; LEAL, L.P.; PONTES, C.M. Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. **Revista RENE**. v.13, n.2, p.861-70, 2012.

MONTE, G.C.S.B. **Rede social da mulher no contexto do aleitamento materno**. 2012. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Recife, 2012.

MORAIS, A.C.; QUIRINO, M.D.; CAMARGO, C.L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, p.654-62, 2012.

MORAES, B.A.; GONÇALVES, A.C.; STRADA, J.K.R.; GOUVEIA, H.G. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n. especial, 2016.

MOURA, A.S. **Rede Amamenta Brasil – Uma estratégia de promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção básica**. 2011.

MÜLLER, F.S.; SILVA, I.A. Social representations about support for breastfeeding in a Group of breastfeeding women. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.17, n.5, p.651-657, 2009.

NÓBREGA, V.M.; COLLET, N.; SILVA, K.L.; COUTINHO, S.E.D. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.3, p.431-40, 2010.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.E.O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1901-1910, 2005.

ORTIZ, L.B.; et.al. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas com enfermedad crônica. **Revista Salud Publica**, v.13, n.3, p.446-457, 2011.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N.T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo Saúde**. v.32, n.4, p.466-474, 2008.

PAULICS, V.; PIANI, P.P. **Rezadeiras e médicos superam preconceitos e se tornam parceiros na redução da mortalidade infantil**. Saúde. Programa Soro, Raízes e Rezas. Maranguape-CE. 2003.

PENNAFORT, V.P.S. et al. Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.5, p.912-919, 2016.

PEDRON, C.D. **O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia: fatores culturais relacionados ao período pós alta hospitalar.** 2013. 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2013.

PINTO, K.R.T.F.; MARCON, S.S. A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n. suplemento, p. 153-159, 2012.

PONTES, C.M.; ALEXANDRINO, A.C.; OSÓRIO, M.M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n.4, p.399-408, 2009.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Projeto para saúde de mães e bebês é destaque em seminário**, 2013.

RABY, B.A; et al. Low-normal gestational age as a predictor of asthma at 6 years of age. **Pediatrics**. v.114, n.3 p. 327-332, 2004.

RAJU, T.N; HIGGINS. R,D; STARK, A.R; LEVENO, K.J. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. **Pediatrics**. v. 118, n.3, p. 1207-1214, 2006.

RAYFIELD, S.; OAKLEY, L.; QUIGLEY, M.A. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. **BMJ Open**, v.5, n.11, p. 1-10, 2015.

READ, J, et. al. Siblings of young people with duchenne muscular dystrophy e a qualitative study of impact and coping. **European Journal Paediatric Neurology**, v.15, n. 1, p. 21-28, 2011.

REDDY, U.M; KO, C.W; RAJU, T.N; WILLINGER, M. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the United States. **Pediatrics**. v.124, n.1, p. 234-240, 2009.

REIS, K.S.; et. al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. **NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição**. v.2, n.3, 2008.

RICHARDSON, J.C.; ONG, B.N.; SIM J. Experiencing chronic widespread pain in a family context: giving and receiving practical and emotional support. **Sociology Health Illness**, v.29, n.3, p.347-365, 2007.

RIVEMALES, M.C.; AZEVEDO, A.C.C.; BASTOS, P.L. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.18, n.1, p.132-137, 2010.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.

SANTOS, I.S; et al. Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. **Paediatric Perinatal Epidemiology**. v.22, n.4, p. 350-359, 2008.

SIMIONI, A.S.; GEIB, L.T.C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.61, n.5, p.645-651, 2008.

SIMON, B.S. et al. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.7, n.especial, p.4243-442, 2013.

SILVA, B.T.; SANTIAGO, L.B.; LAMONIER, J.A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**. v.30, p.1, p. 122-130, 2012.

SILVA, W.F.; GUEDES, Z.C.F. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. **Revista CEFAC**, v.17, n.4, p.1232-1240, 2015.

SOARES, M.L.P.V. **Rede social no Centro de Recuperação e Educação Nutricional: uma proposta de abordagem metodológica com famílias**. 2001. 62f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica. Faculdade de Serviço Social, São Paulo, 2001.

SONO, T.; OSHIMA, I.; ITO J. Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: Adopting assertive community treatment in Japan where Family caregivers play a large role in community care. **Psychiatry Clinical Neuroscicology**, v.62, n.5, p.584-589, 2008.

SOUZA, M.H.N. **A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio**. 2006. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.17, n.3, p.1-5, 2009.

SPATZ, D. L. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. **Journal for Perinatal & Neonatal Nursing**, v.18, n.4, p.385–396 2004.

TEUNE, M.J; et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. **American Journal Obstetricry Gynecology**. v.205, n.374, p. 205:374, 2011.

TORRES, J.A; et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suplemento 1, p.1-12, 2014.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Revista Enfermagem UERJ**, v.18, n.1, p. 108-113, 2010.

TRONCO, C.S. **O cotidiano do ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da manutenção da lactação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: possibilidades para a enfermagem.** 2012. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

VENTOLA, C.L. Social media and health care professionals: benefits, risks and best practices. **Pharmacy & Therapeutics Community**, v.39, n.7, p.491-520, 2014.

VIEIRA, C.S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p.11-19, 2010.

VÍCTORA, CG; KNAUTH, DR.; HASSEN, MNA. **Pesquisa qualitativa em saúde.** Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

WALKER, M. Breastfeeding the late preterm infant. **Journal of Obstetric na Neonatal Nursing**, v.37, n. 2, p.692-701, 2008.

WOYTHALER, M.A; MCCORMICK, M.C; SMITH, V.C. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. **Pediatrics**. v.127, n.3, p. 622-629, 2011.

ZAGONEL, I.P.S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K.F.; ATHAYDE, J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p.24-32, 2003.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE 57463716.3.0000.5327

**REDE DE APOIO PARA O ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE
TARDIA**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é descrever como acontece o aleitamento materno dos prematuros tardios e identificar a rede de apoio com a qual você pode contar para amamentar seu filho. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder algumas perguntas sobre você e seu filho, contar como está sendo amamentar e com quem você pode contar para ajudar no aleitamento materno. Suas respostas serão gravadas em gravador digital. Esta entrevista será realizada em sua casa após 15 dias de vida do bebê, que terá duração de 30 minutos. As entrevistas serão passadas para o papel e após serão apagadas do gravador e ficarão guardadas em papel por cinco anos pelas pesquisadoras. O seu nome não será divulgado em tudo o que for dito e utilizado pela pesquisa. Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém o tempo para responder a pesquisa pode causar desconforto. A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou, ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcida por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, pelo telefone (51) 8191.66.64, com a pesquisadora Caroline Sissy Tronco, pelo telefone (51) 9502.91.71, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda a sexta, das 8 h às 17 h. Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome da mãe: _____

Idade: _____

Nome do bebê: _____ Sexo do bebê: () F () M

Data de Nascimento do bebê: _____ Idade Gestacional por Capurro:

Tipo de Parto: _____ Peso do bebê:

Endereço:

Bairro: _____ Telefones:

Ônibus: _____ Parada:

Ponto de Referência:

Pretende mudar de endereço? () N () S

Quando?

Pretende ir para a casa de outra pessoa após a alta hospitalar?

Se sim, quem e qual endereço?

Melhor Horário para Visita Domiciliar: _____ Qualquer Horário () Qualquer dia ()