



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

RENATA FONTES DO NASCIMENTO

PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO
EGRESSOS DA UTI NEONATAL: NARRATIVA DE VIDA DE MULHERES-MÃES

Rio de Janeiro

2017

RENATA FONTES DO NASCIMENTO

**PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO
EGRESSOS DA UTI NEONATAL: NARRATIVA DE VIDA DE MULHERES-MÃES**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Linha de Pesquisa 2: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro

2017

N244 Nascimento, Renata Fontes do
Processo de alimentação de recém-nascidos pré-
termo egressos da UTI neonatal: narrativa de vida
de mulheres-mães / Renata Fontes do Nascimento. --
Rio de Janeiro, 2017.
107 f.

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2017.

1. Recém-nascido prematuro. 2. Aleitamento
materno. 3. Mães. 4. Unidade de Terapia Intensiva
Neonatal. 5. Alta hospitalar. I. Santos, Inês Maria
Meneses dos, orient. II. Título.

RENATA FONTES DO NASCIMENTO

**PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO
EGRESSOS DA UTI NEONATAL: NARRATIVA DE VIDA DE MULHERES-MÃES**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Linha de Pesquisa 2: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Aprovada em 08/12/2017

Prof.^a Dra. Inês Maria Meneses dos Santos

Presidente – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof.^a Dra. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco

1^a Examinadora – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof. Dr. Fernando Rocha Porto

2^o Examinador – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves

Suplente – Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof.^a Dra. Sônia Regina de Souza

Suplente – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

*Dedico este estudo ao meu marido
Jefferson, por todo apoio e incentivo
para que eu conseguisse alcançar
esta vitória.*

*À minha filha Júlia, que é a razão
do meu viver, aquela que me
inspira todos os dias.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial na minha vida, autor do meu destino, meu guia, por me acalmar no momento de angústia.

Aos meus pais, que sempre incentivaram o meu crescimento profissional, torcendo pelo meu sucesso.

A minha querida orientadora, professora Inês, que com toda calma, tranquilidade e carinho, conduzia muito bem as orientações e acreditava que no final tudo daria certo.

À professora Sandra Teixeira, que acompanhou toda minha trajetória acadêmica, da graduação ao mestrado, e contribuiu muito com o enriquecimento do trabalho na qualificação.

Ao professor Fernando Porto, pelas belas contribuições na qualificação.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, em especial ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, que me acolheu com muito carinho.

As mulheres-mães entrevistadas, por terem compartilhado comigo suas valiosas narrativas de vida!

Aos amigos Celso Lisboa, por me apoiarem nesta trajetória de vida.

Ao Centro de Estudos do cenário do estudo, em especial à enfermeira Solange.

Aos amigos de turma do Mestrado 2016.1, que nos momentos bons e ruins estavam sempre ajudando uns aos outros.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação PPGENF-UNIRIO e da biblioteca, pela presteza com que atenderam as minhas solicitações presenciais e por e-mail.

E a todos aqueles que, de alguma forma direta ou indireta, deram-me apoio, incentivo, atenção e amizade neste momento.

NASCIMENTO, Renata Fontes do. **Processo de alimentação de recém-nascidos pré-termo egressos da UTI neonatal: narrativa de vida de mulheres-mães.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

RESUMO

Este estudo teve como objeto o processo de alimentação de recém-nascido pré-termo (RNPT) egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O objetivo delineado foi: analisar a vivência do processo de alimentação de recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir da sua narrativa de vida pela mulher-mãe. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, que teve como referencial metódico a narrativa de vida. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, sendo aprovado por meio do parecer nº 1.789.774, de 24 de outubro de 2016. O cenário do estudo foi o ambulatório de *follow-up* de uma instituição pública de saúde localizada no estado do Rio de Janeiro. No total, foram entrevistadas 17 mulheres-mães de RNPTs egressos da UTIN do hospital cenário, que, no momento da entrevista, encontravam-se em seguimento no ambulatório de *follow-up* da referida unidade. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a consulta em prontuários por meio da utilização de um formulário, a fim de se traçar o perfil das participantes, e a entrevista aberta. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Foi utilizada a análise temática proposta por Bardin. Os dados foram codificados em 133 unidades temáticas, que, submetidas ao processo de recodificação, originaram oito agrupamentos temáticos, dos quais emergiu uma categoria analítica: A Vivência do Processo de Alimentação do RNPT: Aleitamento Materno x Alimentação Artificial, com três subcategorias: A Vivência do Processo de Alimentação do RNPT na UTIN; A Vivência do Processo de Alimentação do RNPT no Domicílio; Atuação do Profissional de Saúde no Processo de Alimentação do RNPT no Cenário da UTIN e no Domicílio. A mãe que vivencia a internação de um filho na UTIN apresenta sentimentos de medo, ansiedade e culpa, pois passa a experimentar uma realidade nova, com momentos difíceis em um ambiente hospitalar estressante e com normas e rotinas diárias de procedimentos invasivos e, muitas vezes, dolorosos, que influenciam o processo de alimentação. Manter esse processo após a alta hospitalar também é desafiador, pois o RNPT é vulnerável ao desmame. A vulnerabilidade, segundo Ayres et al. (2003), perpassa três esferas: vulnerabilidade individual, relacionada à condição do nascimento pré-termo, sendo caracteristicamente um recém-nascido pequeno e

frágil; a vulnerabilidade social, relacionada às influências da rede social e aspectos socioeconômicos; e a vulnerabilidade programática (ou institucional), relacionada aos profissionais de saúde que orientam a alimentação mista pela característica da unidade que não possui o título de Iniciativa Hospital Amiga da Criança. Finalmente, o processo de alimentação em RNPT é um desafio constante, tanto para as mulheres-mães quanto para os profissionais de saúde; portanto, as instituições hospitalares devem atuar de maneira acolhedora e protetora durante a permanência de internação, o que trará benefícios no pós-alta hospitalar, não perdendo o foco do aleitamento materno.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro. Aleitamento materno. Mães. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Alta hospitalar. Enfermagem neonatal.

NASCIMENTO, Renata Fontes do. **Feeding Process of Preterm Newborns from the Neonatal ICU: life narrative of the woman-mother.** Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

ABSTRACT

This study had as its object the feeding process of preterm newborn egress from the Neonatal Intensive Care Unit. The purpose of this study was to analyze the experience of the feeding process of preterm newborns from the Neonatal Intensive Care Unit, based on their mother's narrative. This is a qualitative, descriptive research that had as a methodical reference the narrative of life. The study was submitted to the Ethics in Research Committee of UNIRIO, and was approved through opinion No. 1,789,774, dated October 24, 2016. The study scenario was the follow-up outpatient clinic of a public health institution located in the State of Rio de Janeiro. A total of 17 mothers of preterm children from the NICU scenario hospital were interviewed, who at the time of the interview were at the follow-up outpatient clinic of the unit. The techniques used to collect data were to consult in medical records through the use of a form, in order to trace the profile of the participants, and the open interview. The interviews were recorded and fully transcribed. The thematic analysis proposed by Bardin was used. The data were coded in 133 thematic units, which underwent the recoding process, resulting in 8 thematic clusters, from which emerged an analytical category: The Experience of the Feeding Process of the PTNB: Maternal Feeding x Artificial Feeding; with three sub-categories: The Experience of the Feeding Process of the PTNB in the NICU; The Experience of the Feeding Process of the infants at home; Health Professional Performance in the Feeding Process of the PTNB in the setting of the NICU and at home. The mother who experiences having a child hospitalized in the NICU presents feelings of fear, anxiety and guilt, as they begin to experience a new reality, with difficult moments in a stressful hospital environment and with daily norms and routines of invasive and often painful procedures, which influence the feeding process. Maintaining this process after discharge is also challenging, since PTNB is vulnerable to weaning. The vulnerability according to Ayres et al. (2003) pervades in the three spheres: individual vulnerability related to the condition of preterm birth, being characteristically a small and fragile newborn; social vulnerability related to social network influences and socioeconomic aspects; and the programmatic (or institutional) vulnerability related to health professionals who guide the mixed feeding by the characteristic of the unit

that does not have the title of Amiga da Criança Hospital Initiative. Finally, the feeding process in PTNB is a constant challenge for both mothers and health professionals, therefore, hospital institutions should act in a welcoming and protective way during the hospitalization, which will benefit post-hospital discharge, not losing the focus on breastfeeding.

Keywords: Premature. Breast feeding. Mothers. Intensive care units neonatal. Patient discharge. Neonatal nursing.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Esquema para construção da categoria analítica..... | 51 |
|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte..... | 22 |
| Quadro 2 – Artigos classificados segundo nível de evidência..... | 33 |
| Quadro 3 – Caracterização das mulheres entrevistadas quanto aos dados sociodemográficos | 52 |
| Quadro 4 – Caracterização das mulheres quanto aos antecedentes obstétricos | 54 |
| Quadro 5 – Caracterização do filho pré-termo da participante acompanhado no ambulatório de follow-up..... | 55 |
| Quadro 6 – Diagnósticos e terapêuticas durante a hospitalização do filho pré-termo da entrevistada acompanhado no ambulatório de follow-up..... | 57 |
| Quadro 7 – Historiograma..... | 59 |

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AM | Aleitamento materno |
| BDENF | Base de Dados em Enfermagem |
| BIREME | Biblioteca Regional de Medicina |
| BLH | Banco de Leite Humano |
| BLH-BR | Rede Brasileira de Banco de Leite Humano |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| IHAC | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| NUPEEMC | Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |
| PNIAM | Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno |
| PNSAN | Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional |
| PT | Pré-termo |
| RN | Recém-nascido |
| RNPT | Recém-nascido pré-termo |
| SAN | Segurança Alimentar e Nutricional |
| SOG | Sonda orogástrica |

| | |
|--------|--|
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UCL | Centro Universitário Celso Lisboa |
| UNIRIO | Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

| | | |
|------|---------------------------------|----|
| 1.1 | Problematização..... | 16 |
| 1.2. | Justificativa e Relevância..... | 20 |

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

| | | |
|-----|---|----|
| 2.1 | Trajetória do Aleitamento Materno | 36 |
| 2.2 | Políticas Públicas de Incentivo ao Aleitamento Materno e o Recém-nascido Pré-termo..... | 39 |
| 2.3 | Vulnerabilidade do Recém-Nascido Pré-Termo..... | 42 |

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

| | | |
|-------|-------------------------------|----|
| 3.1 | Método Narrativa de Vida..... | 45 |
| 3.2 | Caminho Metodológico | 46 |
| 3.2.1 | CENÁRIO DO ESTUDO..... | 46 |
| 3.2.2 | ASPECTOS ÉTICOS | 47 |
| 3.2.3 | PRODUÇÃO DOS DADOS | 47 |
| 3.2.4 | ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS..... | 49 |

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE VIDA

| | | |
|---------|---|----|
| 4.1 | Caracterização das Participantes..... | 52 |
| 4.2 | Categoria Analítica..... | 61 |
| 4.2.1 | A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DO RNPT: ALEITAMENTO MATERNO X ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL | 61 |
| 4.2.1.1 | A Vivência do Processo de Alimentação do RNPT na UTIN | 61 |
| 4.2.1.2 | A Vivência do Processo de Alimentação do RNPT no Domicílio..... | 69 |

| | |
|---|----|
| 4.2.1.3 Atuação do Profissional de Saúde no Processo de Alimentação do RNPT no Cenário da UTIN e no Domicílio | 74 |
|---|----|

CAPÍTULO 5

| | |
|-----------------------------------|----|
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 80 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| REFERÊNCIAS | 82 |
|--------------------------|----|

| | |
|--|----|
| APÊNDICE A – Formulário da Entrevista | 89 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| APÊNDICE B – Recorrência das Unidades Temáticas nas Narrativas de Vida | 91 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 98 |
|---|----|

| | |
|--|-----|
| ANEXO B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Para Menores de 12 a 18 Anos - Resolução 466/12) | 100 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para Responsáveis dos Participantes Menores de 18 Anos) | 102 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| ANEXO D – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa | 104 |
|--|-----|

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 Problematização

Esta pesquisa tem por temática o aleitamento materno (AM) de recém-nascidos pré-termo¹. O interesse sobre o tema se deu em virtude da oportunidade de ter participado, durante a graduação em enfermagem, como bolsista de extensão no período de 2005 a 2007 de um projeto relacionado à sexualidade na saúde da criança e do adolescente. Desde o ingresso na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), percebi meu interesse pela saúde da criança e, com o início das disciplinas na área materno-infantil, o interesse foi confirmado.

Durante a graduação, com a entrada nos campos de estágio, interessei-me pela questão que envolvia o aleitamento materno. Foi possível perceber diferentes realidades, como mães que conseguiam amamentar com tranquilidade e outras que apresentavam muitas dificuldades com o processo. No aleitamento materno, a mulher é a personagem principal. No entanto, a decisão e a vontade de amamentar giram em torno de suas crenças, valores e costumes, os quais têm influenciado de forma decisiva a sua prática.

Para conclusão do curso de graduação na UERJ em 2007, elaborei a monografia intitulada *A Influência das Informações para o Desmame Precoce*, por meio da qual identifiquei, com frequência, que as mães recebem informações do seu meio social (família, colegas de trabalho, amigos, profissionais de saúde) e que nem sempre essas informações vão ao encontro do conhecimento científico. Os resultados obtidos demonstraram que os tabus, o sucesso ou insucesso das experiências anteriores, assim como as intervenções na amamentação que ora a reforçavam e ora a prejudicavam, foram fatores importantes no desmame precoce. A família se destacou como componente importante no que tange à interferência em relação à amamentação. Com isso, pôde-se perceber que o enfermeiro e os demais profissionais de saúde têm papel fundamental nesse processo, apoiando e inserindo a família nesse contexto e, assim, trabalhando-a a favor do aleitamento materno utilizando os recursos disponíveis em educação em saúde (SOUZA; OOKA; NASCIMENTO, 2008).

Em 2008, iniciei minhas atividades profissionais como docente do Centro Universitário Celso Lisboa (UCL), onde atuo até o momento. Ingressei como preceptora de

¹ Considera-se um recém-nascido (RN) pré-termo (PT) aqueles que nascem antes de 37 semanas de gestação, independentemente do peso do nascimento (BRASIL, 2012a).

estágio em maternidade e atualmente sou coordenadora de estágio do Curso de Enfermagem e professora responsável pela disciplina Saúde da Criança.

Em 2010, me especializei em Enfermagem Neonatal na UERJ, onde fiz o trabalho de conclusão de curso intitulado *Dificuldades no Processo de Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Internados em UTI Neonatal: uma revisão de literatura*, que teve como objetivo analisar as principais contribuições teóricas de estudos disponíveis nas bases LILACS e BDENF.

A análise da produção científica encontrada possibilitou a organização dos dados em quatro núcleos temáticos: dificuldade no vínculo mãe-bebê; experiência nova e difícil para amamentar o prematuro; dificuldade na ordenha manual; diminuição da produção de leite pela sucção débil do recém-nascido pré-termo. A partir daí, conclui-se que a mãe enfrenta dificuldades de várias ordens para realizar o aleitamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e precisa de um olhar sensível às suas necessidades, a fim de que possa se sentir apoiada para amamentar seu filho (NASCIMENTO, 2010).

O leite materno é o principal alimento para qualquer recém-nascido (RN), independentemente de sua idade gestacional ou peso ao nascer. Ele tem vantagens importantes, pois é rico em proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas e enzimas, proporcionando benefícios nutricionais e imunológicos à criança. Tais vantagens são extensivas à família, uma vez que a amamentação fortalece o vínculo mãe-bebê e proporciona economia e praticidade, pois não tem custos (ARAÚJO; REIS, 2012).

O aleitamento materno é tido como uma estratégia na construção do vínculo, proteção e nutrição para as crianças, além de ser uma estratégia para a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Ele é, ainda, uma prática fisiológica, psicológica e socialmente construída, pois, como dizem Almeida e Gomes (1998, p. 75), “a amamentação deve ser vista como uma categoria híbrida que se constrói a partir de características, atributos e propriedades, definidas tanto pela natureza como pela cultura”.

Brasil (2015, p. 11) diz que “amamentar é muito mais do que nutrir a criança”. Gera um envolvimento e interação entre mãe e bebê, além de ser um alimento com todo aporte nutricional, imunizando contra infecções e permitindo o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança em longo prazo. É importante reconhecer que essa mulher é a protagonista principal no processo de amamentação, por isso é de suma importância escutá-la, valorizá-la e empoderá-la.

O Ministério da Saúde do Brasil, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e o aleitamento complementar até a criança completar dois anos de vida ou mais. Isso traz benefícios como: diminuição do número de episódios de diarreia, diminuição do número de hospitalizações por doença respiratória, maior absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco, e maior duração do aleitamento materno (BRASIL, 2015).

O aleitamento materno de um recém-nascido pré-termo (RNPT) é essencial, pois o leite materno possui componentes diferenciados para o aporte proteico-calórico, e suas propriedades imunológicas são diferenciadas quando comparadas a uma mãe que teve um filho a termo (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

São inúmeras vantagens do leite materno nos RNPTs, pois ele atende a todas as necessidades nutricionais dessa criança, de acordo com a idade gestacional. Ao receber o leite materno da própria mãe, ele recebe nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento, além de auxiliar na absorção de gorduras e ácidos graxos, pois contém menos lactose, mais ácidos graxos e lipase específica, que facilita o processo digestório desse bebê (SANTOS, A., 2014).

Gorgulho e Pacheco (2008), porém, dizem que amamentar um prematuro é um processo desafiador, pois muitas mães têm dificuldades para iniciar ou manter a amamentação.

O RN a termo nasce com a capacidade de coordenar o sugar, deglutir e respirar; já o RNPT, pode encontrar dificuldades na sucção, sendo mais débil e complicando esse processo em virtude de sua imaturidade neurológica e muscular. Além disso, essas mães verbalizam dificuldades em manipular seus bebês por serem caracteristicamente pequenos e até mais hipotônicos, dificultando ainda mais a amamentação (GORGULHO; PACHECO, 2008).

Assim, pode-se afirmar que os RNPTs apresentam uma vulnerabilidade para dificuldades alimentares e desmame precoce, já que apresentam as habilidades motoras orais reduzidas.

Dessa forma, o RNPT apresenta condições intrínsecas que o levam a ser vulnerável ao desmame precoce, pois podem apresentar dificuldades no reflexo de sucção, baixo peso, estão hospitalizados no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e há a insegurança das mães com os seus filhos prematuros.

Em relação ao ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), este é estressante, desgastante e munido de muita tecnologia, as quais acarretam dificuldades em se prestar a humanização e exercer a integralidade no atendimento ao RNPT e sua família, principalmente à sua mãe (ROLIM et al., 2008).

Essa mãe é insegura quanto aos cuidados ao seu filho, é ansiosa frente à doença do bebê e sofre diante da internação de uma criança almejada. O adoecimento e a hospitalização fazem com que ela conviva com sentimentos de revolta, medo, dúvida, tristeza e angústia, diretamente relacionados à produção e manutenção láctea, como também ao desejo em amamentar (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Essas mães demonstram o receio do primeiro contato com o filho dentro de uma UTIN, o medo por ser uma criança frágil, juntamente com o ambiente de barulhos e máquinas, que as deixam mais tensas, contribuindo para a dificuldade em amamentar (SILVA; SILVA, 2009).

A sucção débil do RNPT e seu processo de aprendizado e maturação neuromotora contribuem para o rol de dificuldades da mãe na UTIN. A internação torna-se prolongada, ao passo que a ansiedade também aumenta. Sem o estímulo da sucção, torna-se difícil manter uma produção láctea suficiente (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

As dificuldades ocorrem pela imaturidade do recém-nascido pré-termo, condição em que o seu reflexo de sucção e pega estão diminuídos e muitos se apresentam débeis. A sucção ao seio materno de um prematuro fica prejudicada pela imaturidade na sucção e pega e hipoatividade, além das condições clínicas associadas. A sucção, porém, é um fator primordial para a manutenção da lactação (CODD, 2002).

A partir daí, essa mãe entende que nada o que fizer manterá a lactação eficiente se o seu bebê não sugar ao seio. Segundo elas, a sucção diretamente ao seio materno é o fator de sucesso para manter a lactação eficaz (SILVA; SILVA, 2009).

Sendo assim, o sucesso na produção e manutenção do leite materno durante o período de internação na UTIN depende do apoio dado à mãe pelos profissionais de saúde, para que ela possa se sentir segura e encorajada para o processo de aleitamento materno. Portanto, na assistência hospitalar, é de suma importância que as mães e a família estejam orientadas para estabelecer a amamentação antes e após a alta.

É importante salientar que o RNPT é capaz de se alimentar no seio materno, desde que com auxílio, orientação, estimulação, apoio e acompanhamento especializados, e que um dos critérios para a alta hospitalar é a capacidade de se alimentar, preferencialmente pelo aleitamento materno.

Porém, caso haja insucesso no aleitamento materno, utilizam-se fórmulas lácteas artificiais prescritas pelos médicos. Mas é importante a cautela nas prescrições, pois já é sabido da superioridade nutricional do leite materno com relação a outros leites ou fórmulas, além do impacto negativo que a utilização tem no sucesso da amamentação e na saúde da criança.

A partir desses aspectos e com base na minha vivência profissional, observo com frequência que as mães de recém-nascidos pré-termo internados em UTIN apresentam dificuldades em manter a lactação após a alta hospitalar, podendo introduzir a alimentação artificial.

Diante dessa situação problema, a seguinte **questão norteadora** foi elaborada:

- Como a mulher-mãe de pré-termo que foi hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal vivenciou o processo de alimentação do seu filho?

Com isso, foi delimitado como **objeto de estudo**:

- O processo de alimentação de recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Para contemplar a questão norteadora, definiu-se como **objetivo do estudo**:

- Analisar a vivência do processo de alimentação do recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir da narrativa de vida da mulher-mãe.

1.2. Justificativa e Relevância

São inúmeros os argumentos em favor do aleitamento materno, mas o principal é a diminuição da morbimortalidade neonatal e infantil. Os componentes do leite materno protegem os recém-nascidos contra infecções.

Em 2010, nasceram 15 milhões de bebês pré-termos no mundo inteiro e, destes, um milhão foi a óbito. Isso mostra que a prematuridade está diretamente relacionada com os índices de mortalidade infantil e que os nascimentos de recém-nascidos pré-termo também são causa direta de óbito neonatal, correspondendo a 27% desses óbitos (SANTOS, A., 2014).

No Brasil, a prevalência de partos em recém-nascido pré-termo tem uma taxa de 11,7% quando comparados a todos os partos realizados no país. Com isso, o Brasil se iguala aos países de baixa renda, nos quais a prevalência é de 11,8% (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2013). Existe um contraponto, pois o Brasil vem reduzindo os índices de mortalidade infantil, apesar de ainda haver um crescimento de partos prematuros.

Além disso, destaca-se a necessidade de melhor se analisar a narrativa de vida das mulheres-mães em relação à amamentação dos recém-nascidos pré-termo, uma vez que essas mães apresentam dificuldades em manter o processo de aleitamento materno durante o período de hospitalização na UTIN, mesmo que tenham medidas de cuidado para estimular a lactação e após a alta hospitalar.

Com isso, o presente estudo mostra-se importante devido às implicações sociais de que trata o tema, além de contribuir para o desenvolvimento de uma prática melhor por parte dos profissionais da área de saúde, em especial a enfermagem, na tentativa de fornecer assistência humanizada e de qualidade.

Para fins de delimitação do objeto de investigação e embasamento temático, foi realizado um estado da arte na literatura especializada disponível na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Realizou-se um levantamento da literatura científica indexada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e Banco de dados da Enfermagem (BDENF). A questão que norteou a busca dos artigos foi: quais as dificuldades encontradas pela mãe de recém-nascido pré-termo em amamentar seu filho na UTIN?

Para análise dos artigos selecionados, foi utilizado um formulário a fim de que fossem obtidos os seguintes dados: título, periódico, local, ano, autor, objetivos, metodologia, resultados, conclusões e nível de evidência.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: brasileiros, com recorte temporal entre os anos de 2011 e 2016 e estarem na íntegra. Os critérios de exclusão foram: referências incompletas e repetidas, teses/dissertações e capítulos de livros.

Utilizou-se a combinação dos descritores aleitamento materno *and* prematuro, sendo encontradas 144 produções científicas no LILACS e 28 na BDENF. Seguindo os critérios de inclusão, foram selecionadas 13 produções científicas que serviram de base para a análise, descritos no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continua)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|-------------------------------------|------------|----------------|---|---|--|---|
| AC01 | Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de enfermagem | Rev. Pesqui. Cuid. fundam. (Online) | 2014 | Rio de Janeiro | Baptista, Suzana de Souza; Alves, Valdecyr Herdy; Souza, Rosângela de Mattos Pereira de; Rodriegues, Diego Pereira; Barbosa, Maria Teresa de Souza Rosa; Vargas, Gleiciane Sant'Anna. | Compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HUAP, no manejo clínico da amamentação junto às mães de recém-nascidos pré-termo. | Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa. | Verificou-se insuficiência de conhecimento e habilidade dos sujeitos para manejar adequadamente as situações que podem obstaculizar a amamentação bem-sucedida. Os enfermeiros devem atuar como educadores, responsáveis pelo gerenciamento do cuidado, sendo também capazes de definir estratégias para que haja sucesso no processo de aleitamento materno. |
| AC02 | Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao | Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min. | 2012 | Minas Gerais | Santos, Thaís Amanda de Souza; Dittz, Érika da Silva; | Conhecer as práticas favorecedoras do aleitamento materno na assistência ao | Revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre 2005 e | Os resultados apresentados foram trabalhados separadamente em categorias temáticas. A análise destes revelou que o leite materno é a alimentação mais indicada para o recém-nascido |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|-------------------------------|------------|--------------|---|---|---|---|
| | recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal | | | | Costa, Patrícia Rodrigues da. | recém-nascido prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. | setembro de 2011, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, utilizando os descritores: Prematuro; Aleitamento Materno; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. | prematuro. Pode-se concluir que práticas como o método mãe canguru, a ordenha mamária, as técnicas de relaxamento, a acupuntura e a utilização de galactogogos têm um impacto positivo sobre a amamentação de recém-nascidos prematuros. |
| AC03 | Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade | Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min. | 2012 | Minas Gerais | Braga, Patrícia Pinto; Almeida, Camila Souza; Leopoldino, Isadora Virginia. | Evidenciar a percepção materna acerca do aleitamento materno do prematuro. | Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. | Os resultados revelam, a partir das falas das mães, que existe o reconhecimento da importância do aleitamento materno; entretanto, o contexto da prematuridade gera dificuldades para a sua manutenção devido à condição fisiopatológica do recém-nascido pré-termo ou das condições emocionais da mãe. A análise dos dados aponta que há um empenho em manter a prática da |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|---|-------------------|------------|-------------------|--|---|---|---|
| | | | | | | | | <p>amamentação, pois as informantes reconhecem os benefícios do leite materno para o recém-nascido prematuro. Observa-se que o aleitamento no domicílio fortalece o vínculo mãe-filho, sendo uma fonte de prazer e empoderamento dessa mulher em relação aos cuidados com o recém-nascido. Podem ocorrer, porém, situações de insucesso no aleitamento associadas à insegurança materna para assumir o cuidado do seu filho que permaneceu longo período internado.</p> |
| AC04 | Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa | Rev. Enferm. UFSM | 2012 | Rio Grande do Sul | Silva, Eveline Franco da; Muniz, Fernanda; Cecchetto, Fátima Helena. | Analisar as produções científicas relacionadas ao aleitamento materno na prematuridade. | Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida por meio do Scientific Electronic Library Online. Foram incluídos 12 artigos | Os estudos abordaram a importância do aleitamento materno na prematuridade, as influências positivas e negativas para essa prática e atuação dos profissionais nesse contexto. A maior incidência de publicações ocorreu no ano de 2004. Quanto à autoria, evidenciou-se maior empreendimento dos enfermeiros sobre os demais profissionais. |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|------------------|------------|--------------|---|--|--|---|
| | | | | | | | oriundos de estudos realizados no Brasil, publicados no período de 2000 a 2009. | |
| AC05 | Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta | Rev. RENE | 2013 | Ceará | Melo, Leila Medeiros; Machado, Márcia Maria Tavares; Leite, Álvaro Jorge Madeiro; Rolim, Karla Maria Carneiro | Identificar as percepções e experiências maternas em relação aos cuidados com a alimentação durante o internamento do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e após a alta hospitalar. | Utilizou-se a abordagem qualitativa, exploratório-descritiva a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com 11 mães que deram à luz a bebês, no domicílio das mães após a alta hospitalar, entre os meses de junho e outubro de 2009. | Os resultados apontaram dificuldades intersubjetivas de comunicação com os profissionais e a ocorrência do desmame precoce, com a introdução de mingaus e outros alimentos potencialmente prejudiciais à saúde do bebê prematuro. Constatou-se que as mães precisam ser acolhidas em grupos formais de aconselhamento durante e após o internamento, recebendo informações estruturadas sobre as dificuldades intrínsecas relacionadas à alimentação para o estabelecimento de práticas de cuidado mais adequadas à saúde de seus filhos. |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|---|--------------------------------|------------|----------------|--|---|--|---|
| AC06 | Fatores sociais que influenciam a amamentação de recém-nascidos prematuros: estudo descritivo | Online Braz. J. Nurs. (Online) | 2012 | Rio de Janeiro | Silva, Leila Rangel da; Elles, Maria Emanuele Izidro de Souza; Silva, Maíra Domingues Bernardes; Santos, Inês Maria Meneses dos; Souza, Kleyde Ventura de; Carvalho, Sheini Manhães de | Descrever as dimensões sociais que potencializam e/ou interferem na amamentação. | Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. | Foram identificadas quatro categorias: influências tecnológicas em enfermagem, apoio familiar e social em amamentação, influências da cultura e da família anterior experiências em lactação e os aspectos biológicos e amamentação. |
| AC07 | Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe | Semina Cienc. Biol. Saúde | 2015 | Paraná | Uema, Roberta Tognollo Borotta; Tacla, Mauren Teresa Grubisich | Esse trabalho buscou desvelar as experiências de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal frente | Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa mediante entrevistas individuais com | A partir desse processo, foram identificadas quatro categorias: Frustração advinda do insucesso do processo de aleitamento materno; sentimento de “dever cumprido”; fatores maternos influenciando o desfecho da amamentação: opinião dos |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|---------------|------------------|------------|--------------|--|---|---|--|
| | | | | | Mendes; Zani, Adriana Valongo; Souza, Sarah Nancy Deggau Hegeto de; Rossetto, Edilaine Giovanini; Santos, Juliana Cristina | a situações de insucesso na amamentação do recém-nascido pré-termo. | os profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de hospital escola público, Londrina-PR, em 2012. | profissionais; fatores físicos e externos influenciando negativamente no processo da amamentação. Alguns profissionais afirmaram ter superado rapidamente o sentimento de frustração, enquanto outros ainda se ressentiam sobre o ocorrido e questionavam suas próprias habilidades. A cooperação materna com a equipe e a existência de um ambiente mais propício à amamentação foram consideradas determinantes no resultado. Como pesquisadoras, não foi possível interferir na infraestrutura, porém sugerimos a realização de reuniões para discussões sobre amamentação com familiares e profissionais, bem como grupos de ordenha com as mães para manutenção da produção láctea. |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|-----------------------|------------|-------------------|--|---|---|---|
| AC08 | Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães | Distúrb. Comun. | 2015 | São Paulo | Cruz, Mariana Ramalho; Sebastião, Luciana Tavares. | Analisar conhecimentos, sentimentos e vivências de mães de bebês prematuros em relação à amamentação. | Trata-se de um estudo transversal, de caráter qualitativo. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada contendo questões sobre os conhecimentos, sentimentos e vivências de mães de bebês prematuros em relação à amamentação. | Referente aos conhecimentos das mães em relação à amamentação, os relatos expressaram os benefícios dessa prática que, em sua maioria, limitaram-se apenas aos benefícios que envolvem a saúde do lactente. Com relação aos sentimentos das mães, os sentimentos considerados “positivos” ocorreram com maior frequência. No que diz respeito às vivências da amamentação na UTI neonatal, os resultados explicitaram expectativas positivas em relação ao cumprimento da maternidade, embora alguns relatos tenham indicado sentimentos de angústia, medo e dificuldades. Os relatos indicaram ainda que a amamentação no lar ocorreu com maior tranquilidade; no entanto, observou-se grande preocupação com o ganho de peso. |
| AC09 | Vivência das mães na amamentação | Espaç. Saúde (Online) | 2014 | Rio Grande do Sul | Siebel, Samanta Cristina; | Conhecer a vivência das mães em relação | O estudo de natureza descritiva, de | A análise permitiu a estruturação de quatro categorias. Após conhecer a vivência das mães |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|------------------|------------|--------------|--|---|--|--|
| | do recém-nascido pré-termo | | | | Schacker, Lisara Carneiro; Berlese, Denise Bolzan; Berlese, Daiane Bolzan. | à amamentação do recém-nascido pré-termo internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. | caráter qualitativo teve a participação de quatro (04) mães que tiveram seus filhos pré-termos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no início do ano de 2013 e que vivenciaram a prática da amamentação nessa unidade. | em relação à amamentação do recém-nascido pré-termo, pode-se inferir que as mães experimentam sentimentos negativos e positivos em relação à amamentação. Os momentos mais significativos em relação à amamentação são marcados pela pega do seio. As mães relatam como principal dificuldade na amamentação de seus bebês a pega, devido à imaturidade do sistema estomatognático de seus filhos, bem como o ambiente da UTIN. As mães investigadas relataram ser de extrema importância as orientações sobre a amamentação recebidas pela equipe de enfermagem; porém, algumas vezes as orientações não são seguidas após a alta hospitalar pelo fato de serem realizadas somente na UTIN. |
| AC10 | Dificuldades na amamentação de lactentes | Distúrb. Comun. | 2014 | Paraná | Silva, Lais Michele da; Tavares, Luis | Caracterizar como se dá a prática do aleitamento | O estudo foi de caráter observacional, descritivo e | Participaram do estudo 16 díades de mães e recém-nascidos prematuros, com idade gestacional entre 28-34 semanas |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|-------------------------|------------|-------------------|--|---|--|--|
| | prematurados | | | | Alberto Mussa; Gomes, Cristiane Faccio. | materno em lactentes prematuros internados em Unidade de Cuidados Intermediários. | qualitativo. | e o aleitamento foi observado a partir de protocolo elaborado por um dos pesquisadores. Quanto à pega, 30,8% dos lactentes apresentaram dificuldades em abertura da boca e 53,8% em manter a pega. No que se refere ao padrão respiratório, 93,8% não apresentaram coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Após a mamada, observou-se que as mamas se mantiveram cheias em 75% dos casos, e o lactente apresentou sinais de retraimento em 50% dos casos, logo no início da mamada, adormecendo rapidamente. Quanto à postura durante a mamada, 73,3% dos lactentes não estavam em posição “barriga com barriga” com a mãe. |
| AC11 | Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: | Rev. Eletrônica Enferm. | 2013 | Rio Grande do Sul | Rodrigues, Andressa Peripolli; Martins, Elaine Lutz; | Avaliar as evidências disponíveis sobre fatores associados à | Trata-se de estudo de revisão integrativa. | Amostra incluiu 20 estudos com nível de evidência 2 e 4, que apontaram fatores facilitadores e dificultadores associados à manutenção do aleitamento |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(continuação)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|---|------------|-------------------|---|---|---|---|
| | revisão integrativa da literatura | | | | Trojahn, Tatiane Correa; Padoin, Stela Maris de Mello; Paula, Cristiane Cardoso de; Tronco, Caroline Sissy. | manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. | | materno. São necessárias as ações multiprofissionais no acompanhamento de saúde com estratégias educativas de promoção do vínculo mãe-bebê e acolhimento da família. Deve-se ter especial atenção às condições sociais, econômicas e culturais da família, bem como às demandas clínicas dos recém-nascidos pré-termo para a manutenção do aleitamento. |
| AC12 | Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar | Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul | 2013 | Rio Grande do Sul | Azevedo, Melissa de; Cunha, Maria Luzia Chollopetz da. | Verificar quais variáveis maternas e neonatais estariam associadas ao início do aleitamento materno exclusivo (ame) após a alta hospitalar dos recém-nascidos pré-termo (RNPT). | Estudo de coorte prospectivo realizado com 116 mães e seus RNPTs internados numa Unidade de Internação Neonatal (UIN), no período de setembro de 2009 a agosto de 2010. | A média de peso dos bebês ao nascer foi de $2.130 \pm 567,7$ g e a idade gestacional, de $34,5 \pm 1,4$ semanas. O início do AME em prematuros foi associado à orientação recebida pela mãe de amamentar exclusivamente o bebê em casa (HR=5,27; IC 95%: 2,26-12,3) e de não usar chupeta antes de começar o AME (HR=3,12; IC 95%: 1,60-6,07). |

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estado da arte

(conclusão)

| Código do Artigo | Título | Periódico | Ano | Local | Autores | Objetivo | Método | Resultados |
|-------------------------|--|---------------------------|------------|-------------------|--|---|---|--|
| AC13 | Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros | J. Soc. Bras. Fonoaudiol. | 2012 | Rio Grande do Sul | Scheeren, Betina; Mengue, Ana Paula Magnus; Devincenzi, Bruna Speggiorin; Barbosa, Lisiane De Rosa; Gomes, Erissandra. | Descrever as condições iniciais do aleitamento materno de prematuros. | Foi realizado um estudo observacional, prospectivo e não comparado, delineando-se como transversal. | Os melhores resultados referem-se à posição mãe/criança e afetividade e os piores às respostas do neonato. Quanto à associação das variáveis do protocolo, tanto entre si quanto com as demais variáveis do estudo, houve diferença e correlação direta para alguns itens. |

Fonte: Próprio autor.

A amostra dessa revisão contemplou um artigo com nível de evidência 4, três com nível de evidência 5 e nove artigos com nível de evidência 6, como é possível observar no Quadro 2 abaixo. Para essa classificação, utilizou-se o modelo da Prática Baseada em Evidências, que classifica a pesquisa dependendo da abordagem metodológica de forma hierárquica, tomando por base o delineamento do estudo. O nível 1 para evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 para evidências obtidas em ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 para evidências de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 para evidências de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 para evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos, nível 6 para evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7 para evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (GALVÃO, 2006).

Quadro 2 – Artigos classificados segundo nível de evidência

| Código do Artigo | Nível de Evidência |
|-------------------------|---------------------------|
| AC01 | 4 |
| AC02 | 5 |
| AC03 | 6 |
| AC04 | 5 |
| AC05 | 6 |
| AC06 | 6 |
| AC07 | 6 |
| AC08 | 6 |
| AC09 | 6 |
| AC10 | 6 |
| AC11 | 5 |
| AC12 | 4 |
| AC13 | 6 |

Fontes: Próprio autor.

Neste estudo, constatou-se que a produção científica em relação às dificuldades encontradas pela mãe de RNPT em amamentar seu filho em UTIN é bem vasta, porém apresenta nuances muito particulares.

Para que o aleitamento materno seja eficaz, iniciado no espaço da UTIN, é importante que se tenha uma mudança na postura da assistência hospitalar. É preciso, assim, ter um olhar humanizado, holístico e integral do processo de cuidado ao RNPT.

Assistir não só o prematuro, mas entender os aspectos socioculturais e emocionais da família, principalmente da mãe, faz com que a assistência seja pautada nas necessidades e dificuldades da mãe e família para que se tornem aptos ao cuidado do RN. Além disso, a postura inclusiva faz com que os membros da família se sintam colaboradores no cuidado e na assistência de seu filho, contribuindo e presenciando o desenvolvimento do bebê.

Quanto à aproximação das famílias, é importante que as instituições assegurem a mínima infraestrutura para que a mãe permaneça junto ao filho, além de espaços para orientações à família, inserindo-a no cotidiano da UTIN. Essa postura rompe com a visão de que o acompanhante é um fator impeditivo no processo do cuidar, ampliando a assistência para uma práxis mais integral e humanizada.

É importante que todos profissionais de uma UTIN, principalmente os da equipe de enfermagem, que ficam mais tempo cuidando desses bebês e mães na UTIN, sejam capacitados, a fim de se fazer a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ao RNPT. Os profissionais devem estar motivados para disseminar entre as mães informações pertinentes ao aleitamento materno. Com isso, deve existir um enfermeiro treinado e capacitado para realizar o treinamento na unidade.

Entretanto, apenas o treinamento técnico sobre amamentação não é suficiente. Torna-se essencial que os profissionais revejam posturas e estejam efetivamente sensibilizados a serem agentes de inclusão das famílias, por meio de treinamentos sobre humanização e cuidados voltados para o desenvolvimento, compreendendo que o cuidado à mãe e à família também é uma dimensão do cuidado ao bebê.

Esta pesquisa está cadastrada no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NUPEEMC) e inserido na linha de pesquisa “Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem”, podendo contribuir para a tríade pesquisa, ensino e assistência das seguintes formas:

Na pesquisa, é importante abordar essa temática a fim de se apontar para futuras pesquisas, criando estratégias para promover o aleitamento materno com êxito em RNPT na UTIN e após a alta hospitalar.

Na assistência, tais resultados servirão de subsídios para a melhoria da qualidade na assistência à mãe e ao recém-nascido pré-termo no que tange à promoção e o apoio ao aleitamento materno. Ao conhecermos quais os elementos presentes no processo de amamentação na UTIN e como estes influenciam na decisão para essa prática, poderemos traçar uma assistência que valorize o contexto biopsicosociocultural dessa mulher.

Em relação ao ensino, este estudo trará contribuição, pois poderá oferecer dados que ajudem a melhor compreender essas questões com o aluno nos diferentes níveis de sua formação, graduação e pós-graduação lato e stricto sensu.

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

2.1 Trajetória do Aleitamento Materno

O ato de amamentar não está ligado somente ao aspecto biológico, ele decorre de processos histórico-sócio-culturais que foram construídos ao longo dos tempos. A civilização humana é tão antiga quanto os valores atribuídos ao leite materno e suas vantagens, que apresentam oscilações em diferentes momentos históricos e em diferentes contextos sociais (BOSI; MACHADO, 2005).

O final do século XVI e o século XVII foram períodos que caracterizaram um grande avanço na discussão da temática da primeira infância. Nos anos de 1500 a 1700, as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus filhos: elas preferiam dar à luz vários filhos a amamentá-los, pois elas achavam que a amamentação modificava o corpo, deixando-as mais velhas. A partir daí, dava-se início ao desmame precoce (BOSI; MACHADO, 2005).

Além dessa questão, de acordo com Sena:

Existiam normas médicas e religiosas que iam ao encontro desse propósito, pois se proibia a relação sexual durante o período de amamentação, que deveria ser de 18 a 24 meses, por entenderem que isso tornaria o leite humano mais fraco e com risco de envenenamento em caso de nova gravidez. (SENA, 1997 apud BOSI; MACHADO, 2005, p. 20).

Em relação ao conhecimento médico, este considerava o colostro um leite ruim, não sendo oferecido à criança. Por esses motivos, a alimentação dessas crianças era de leite de animais e de alimento feito à base de farinha e água.

As mães de família da grande burguesia do século XVI amamentavam seus filhos. No início do século XVII, as mães enviavam seus filhos para casa de uma ama de leite, prática que se propagou por todas as camadas da sociedade no século XVIII. Em consequência, ocorreu um aumento de mortes infantis associadas às doenças adquiridas pelas amas de leite. Com isso, essas amas passaram a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados. Esse procedimento acometia riscos à saúde das crianças, pois se ofertava o leite em um recipiente não estéril e elas desconheciam a quantidade exata de água que deveria ser misturada ao leite (SENA, 1997 apud BOSI; MACHADO, 2005).

No Brasil, nos séculos XVI e XVII, ocorreram muitas mortes de bebês antes de completarem um ano de idade. Somado à crescente mortalidade, foi verificado um aumento

de gravidezes indesejadas ou abandono de crianças pelas escravas (SENA, 1997 apud BOSI; MACHADO, 2005).

A partir do século XIX, com a medicina higienista, que tinha a preocupação com a saúde, a amamentação foi transformada em um evento apenas biológico, visando os interesses do Estado e do poder médico. Os higienistas reconstruíram a biologia do ciclo gravídico-puerperal, a fim de se resgatarem a maternidade e a amamentação como fatores vitais para a sobrevivência dos filhos. O ato de amamentar passou a ser imposto pela normalização higiênica. Com isso, a mulher passa a ter um tempo livre regular na casa, detendo-a no lar e a distanciando de sua independência. Na visão da medicina higienista, a mulher não poderia se tornar independente, a não ser que fosse no lar e no consumo de bens e ideias que valorizassem a imagem da mulher-mãe (ALMEIDA, 1999).

Por muitos séculos, acreditava-se que o ato sexual no curso da amamentação e uma nova concepção prejudicariam a lactação. Com isso, os higienistas, preocupados em salvar a criança, a família e o Estado, “colocaram-na em uma posição sexualmente paradoxal” (ALMEIDA, 1999, p. 34).

Em meados do século XIX, no Brasil, surge um slogan que traduz a filosofia higienista a respeito da amamentação: *A saúde de seu filho depende de você – amamente*. Porém, existiam exceções e, para contornar uma crise, o higienismo criou a figura do leite fraco (ALMEIDA, 1999).

Para não inferiorizar perante a sociedade a mulher que não conseguisse amamentar, Almeida (1999, p. 37) diz que “um modelo explicativo pode ser formulado colocando a dificuldade materna de assumir o insucesso da amamentação frente à forte censura social para o desmame imposta pelos higienistas”.

Com o fim da escravidão e o Brasil quase se tornando República, ocorreram mudanças na economia que mostraram uma importância econômico-política ao aleitamento, fazendo com que o Estado se responsabilizasse pela criança pobre. Em consequência, ocorreram pressões sociais da urbanização e a inserção da mulher pobre no mercado de trabalho, situações em que era favorável o desmame (ALMEIDA, 1999).

Com todas essas transformações e o país se tornando cada vez mais capitalista, surgiu a mamadeira, um dos símbolos da modernidade. Ao mesmo tempo, começaram a chegar leites industrializados vindos da Suíça. A mamadeira associada ao leite industrializado possibilitava uma alternativa para a impossibilidade clínica de amamentar, a do leite fraco. Isso permitiu a institucionalização do desmame precoce como uma prática sociocultural, sob os auspícios da medicina (ALMEIDA, 1999).

Houve uma supervalorização dos leites que substituíam o leite materno, pois diziam ser uma perfeita equivalência do produto, e a partir de 1922 houve uma crescente propaganda de leite em pó (BOSI; MACHADO, 2005).

No Brasil, em 1933, surgem notícias da fabricação dos leites em pó pela Indústria Nacional de Alimentos Infantis, enfatizando que a produção do leite o tornaria um produto mais barato, substituindo o leite materno com maior facilidade, caso este faltasse. Essa foi uma mensagem que se difundiu ao longo de muitas décadas (BOSI; MACHADO, 2005).

Com a Segunda Guerra Mundial, desaparecem as propagandas de leites em pó importados, diminuindo os anúncios relacionados com a alimentação infantil. No final dos anos 1940 e início dos anos 1950, os médicos passaram a prescrever os leites em pó indiscriminadamente às mães, como a forma mais prática para eles e viável para seus filhos. Outros produtos complementares surgem junto ao leite em pó como assistencial no preparo da mamadeira (BOSI; MACHADO, 2005).

Com o leite em pó disponibilizado nos mercados, as mães optaram entre amamentar seus filhos no seio ou oferecer o leite na mamadeira. Por conseguinte, ocorreu uma mudança do comportamento dessas mulheres, visto que elas perderam sua autoconfiança e se inseriram no mercado de trabalho, o que dificultou o ato de amamentar no seio. As mudanças nas representações sobre o papel da mulher na sociedade e a emancipação feminina constituíram outro fator que interferiu simultaneamente da amamentação. Segundo Almeida (1999), esse fator foi apropriado pela indústria de leites modificados no intuito de embasar socioculturalmente o paradigma do desmame comerciogênico, que norteou a alimentação de lactentes no Brasil até o final dos anos 1970.

Nos países capitalistas, incluindo o Brasil, verificou-se uma diminuição do aleitamento materno no seio. A partir disso, começou-se a investir em debates e estratégias voltadas ao incentivo ao aleitamento materno (BOSI; MACHADO, 2005).

No início da década de 1980, houve uma regulamentação do código de substitutos do leite humano na assembleia mundial de saúde. Assim, surgiu o Programa Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), que valorizou a prática da amamentação na sociedade brasileira. Esse programa criou normas que foram disseminadas e se passou a refletir mais sobre o resgate do aleitamento materno exclusivo em nosso país. A partir daí, houve uma elevação do aleitamento materno se transformando em unanimidade no meio científico, sendo divulgada para o público em geral (ALMEIDA, 1999).

2.2 Políticas Públicas de Incentivo ao Aleitamento Materno e o Recém-nascido Pré-termo

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi criado em 1981 com o objetivo de realizar ações integradas entre instituições e demais segmentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2017).

Houve um fortalecimento entre as ações governamentais e não governamentais pró-amamentação, contribuindo para o aumento das taxas de aleitamento materno. O PNIAM foi um modelo nacional e internacional pelas várias ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, que incluíram campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais.

A partir de então, inúmeras intervenções relacionadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo implementadas nas três esferas políticas (federal, estadual e municipal).

Segundo Souza, Santo e Giugliani, a Política Nacional de Aleitamento Materno atual está organizada em seis braços estratégicos, são eles:

1) O incentivo ao aleitamento materno na Atenção Básica é feito por intermédio da Rede Amamenta Brasil. 2) Na atenção hospitalar, duas iniciativas têm contribuído para aumentar os índices de AM: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru. 3) Entre as principais estratégias da política governamental de promoção do aleitamento materno figura a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH). 4) Com relação à proteção legal ao aleitamento materno, o Brasil foi um dos primeiros países a adotar o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno na sua totalidade. 5) Entre as ações de mobilização social realizadas, desde 1992 é comemorada a Semana Mundial de Amamentação, com a participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade. Em 2003 instituiu-se o Dia Nacional de Doação de Leite Humano. 6) Um importante componente da Política Pública de Incentivo ao Aleitamento Materno é o monitoramento tanto das ações como das práticas de amamentação no País. (SOUZA; SANTO; GIUGLIANI, 2010).

Em 1992, foi implementado no Brasil o programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que trouxe um novo estímulo para o aleitamento materno no âmbito das políticas públicas. Apesar das restrições ao modelo em relação à hierarquização da rede de saúde no país, é importante salientar o fato de essa iniciativa ter incorporado o significado de proteção e apoio à amamentação, além da promoção. Salienta Almeida:

Ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção-proteção-apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracterizam como um fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contemplaram como uma prática natural. (ALMEIDA, 1999, p. 49).

Bosi e Machado (2005) afirmam que, no momento inicial, houve uma resistência na implantação dessas estratégias decorrente das mudanças de rotinas que os serviços necessitaram realizar. Contudo, no momento atual, vê-se que ocorreu um aumento dos indicadores de aleitamento exclusivo no Brasil e a consolidação de inúmeras estratégias para a promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno.

Trinta e seis anos após a criação de Políticas Públicas de Aleitamento Materno, pode-se perceber que houve uma significativa contribuição para o aumento da amamentação no Brasil; porém, ainda existem muitos esforços a serem realizados.

Isso colabora com a melhoria da qualidade de vida e da saúde das crianças nascidas no território nacional, ajudando a contribuir com a diminuição da taxa de mortalidade infantil.

A prematuridade é considerada um desafio em relação aos cuidados perinatais, pois a morbimortalidade associada a essa condição pode trazer consequências tanto para os bebês, que precisam de cuidados intensivos nos hospitais, quanto para a mãe e a família, em relação aos custos emocionais e econômicos.

Segundo Carvalho e Gomes (2017, p. 327) “as três principais causas obstétricas justificáveis de parto prematuro são: parto espontâneo com membranas íntegras; rompimento prematuro/pré-termo das membranas; e causas maternas ou fetais”.

As consequências da prematuridade podem ir além do período neonatal, uma vez que pode ocorrer atraso no desenvolvimento infantil e internações hospitalares com frequência.

A prevalência da prematuridade vem aumentando consideravelmente no Brasil, e algumas das razões podem estar associadas ao aumento das concepções por métodos assistidos, aumento de gestações em mulheres acima de 34 anos de idade e ao aumento de partos cesáreos.

Em relação à sobrevivência dos RNPTs, esta está diretamente ligada à idade gestacional e ao peso no nascimento; quanto menor a idade gestacional, menor a sobrevivência desse recém-nascido.

Por essas condições, os RNPTs são mais vulneráveis a apresentar problemas nos sistemas respiratório, neurológico, cardiovascular, hematológico, gastrointestinal, renal, metabólico e nutricional, devido à imaturidade dos órgãos e sistemas. Com todos esses possíveis problemas que o RNPT pode apresentar após o nascimento, ele precisa de uma nutrição específica, que seja capaz de suprir as suas necessidades para ter condições de uma

maior adaptação à vida extrauterina, a fim de se minimizarem os agravos a que está susceptível.

O leite materno supre todas as necessidades nutricionais e deve ser o alimento de escolha, principalmente para os RNPTs, pois possuem mais proteínas, calorias e lipídios para atender à maior necessidade de crescimento destes. Além de apresentar menos lactose para facilitar na digestão do prematuro, apresenta grande quantidade de IgA e lactoferrina (SIEBEL; et al, 2014).

O choque diante da hospitalização de um filho, principalmente quando ele é tão esperado e desejado, favorece o aparecimento de sentimentos negativos que desestimulam as mães a oferecer o próprio leite materno, tais como a ansiedade relacionada à condição de saúde do filho e impotência diante de um ambiente hostil e desconhecido. A permanência prolongada gera sentimentos de ansiedade, medo e culpa. Além disso, o afastamento do ambiente familiar e a inclusão da rotina da UTIN para o cuidado com o filho prematuro pode prejudicar o processo de amamentação (SIEBEL; et al, 2014).

Nesse sentido, para que as mães de pré-termos internados na UTIN mantenham o sucesso na manutenção láctea, é preciso que elas se sintam seguras e confiantes nesse processo. Para o sucesso da amamentação, é preciso que tenham orientação adequada durante todo esse período e, principalmente, tenham o apoio da família e da equipe interdisciplinar.

O papel da equipe de enfermagem é de suma importância, pois ela desempenha uma prática humanizada com a implantação do Método Canguru, que, além de favorecer o aleitamento materno, aumenta o vínculo entre mãe e bebê.

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal visando à melhoria da qualidade do cuidado no recém-nascido de baixo peso, segundo Brasil:

Desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 que: parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais. (BRASIL, 2011a, p.7).

Mesmo com todas as orientações referentes ao aleitamento materno exclusivo nos RNPTs, esses bebês recebem alta hospitalar com prescrição de fórmulas lácteas artificiais por causa das dificuldades durante o processo de amamentação (SASSÁ et al., 2010).

Por isso, é importante que os profissionais de saúde estejam preparados para incentivar, orientar e apoiar a prática do aleitamento materno, principalmente após a alta, visto que é quando essas mães encontrarão mais dificuldades e não terão o suporte dos profissionais no âmbito hospitalar.

Esses profissionais devem levar em consideração as dificuldades que envolvem o processo de amamentar um RNPT, devido à manutenção da lactação materna por meio da ordenha, além das próprias limitações do bebê. Isso tudo pode levar à falta de estímulos da mãe em amamentar seu filho (SASSÁ et al., 2010).

As mães e as famílias que se sentem apoiadas, orientadas e respeitadas pelos profissionais de saúde têm maiores chances de obter sucesso no cuidado com seu filho e no aleitamento materno. Por isso, é preciso que os profissionais compreendam a fisiologia da lactação e os fatores que possam interferir nesse processo, respeitando os limites, expectativas e ansiedades dessas mães.

2.3 Vulnerabilidade do Recém-Nascido Pré-Termo

O termo vulnerabilidade começou a ser usado depois da década de 1980, no ponto de vista de risco. Porém, existe o preconceito quando se utilizam grupos de risco e a não preocupação com quem não tinha um comportamento de risco. Vulnerabilidade estabelece uma síntese conceitual e prática das dimensões comportamentais, sociais e político-institucionais integradas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais.

Segundo Ayres, vulnerabilidade é a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultando não somente em um conjunto de aspectos individuais, mas de fatores coletivos e contextuais, que acarretam ao indivíduo maior suscetibilidade e maior ou menor disponibilidade de recursos para se protegerem. (AYRES et al., [20--?]).

A vulnerabilidade é dividida em três eixos: 1) vulnerabilidade individual; 2) vulnerabilidade social e 3) vulnerabilidade programática.

A vulnerabilidade individual diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre os problemas de saúde, à capacidade de elaborar e incorporar essas informações de forma consciente e às possibilidades efetivas de transformá-las em práticas de prevenção (AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade social refere-se aos meios para obter as informações, incorporá-las e transformá-las em atitudes. O acesso à informação, ao conteúdo e sua qualidade e os significados que adquirem as possibilidades efetivas de colocar essas informações em prática remetem a aspectos materiais, culturais, políticos e morais que levam em consideração a vida

em sociedade. Resumindo, o acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas, todos esses aspectos estão relacionados à vulnerabilidade social (AYRES, et al., 2003).

A vulnerabilidade programática (institucional) diz respeito aos programas nacionais ou locais, especificamente para o problema, ao grau de qualidade do compromisso, recurso e gerência, objetivando concentrar esforços e aperfeiçoar os recursos sociais. Assim, auxilia as mudanças sociais necessárias e dá o apoio aos indivíduos (AYRES et al., 2003).

Neste estudo, aplica-se o conceito de vulnerabilidade aos RNPTs, pois estes são considerados vulneráveis à ocorrência de determinados distúrbios devido à imaturidade anatômica e funcional de vários órgãos e sistemas, o que leva a várias possíveis causas de mortalidade (ARAÚJO; REIS, 2012). Quanto menor for a idade gestacional do RN, maiores são os riscos de mortalidade e de sequelas em longo prazo.

Os RNPTs apresentam características particulares que se diferenciam de acordo com a classificação da prematuridade. Apresentam, por exemplo, postura hipotônica, flácida, pouca gordura subcutânea, pele gelatinosa, poucas pregas plantares, pálpebras fundidas, cabelo escasso, mamilos poucos visíveis, pouco vernix caseoso, membros longos e finos, além de outras características (ARAÚJO; REIS, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), todos os anos nascem 20 milhões de RN de baixo peso, a maioria devido ao parto prematuro, o que contribui para o aumento da taxa de mortalidade neonatal.

“As morbidades resultantes das diversas complicações médicas da prematuridade podem contribuir para reinternações e resultar em déficit de crescimento, atraso no neurodesenvolvimento e maior taxa de mortalidade no longo prazo” (BRASIL, 2011b p. 131).

No final da década de 1990, passaram a integrar a agenda de políticas prioritárias nos diferentes âmbitos de gestão do sistema de saúde brasileiro as ações de ampliação, de organização e de qualificação da assistência materna e neonatal.

Em relação ao cuidado com o RN de risco, visa-se garantir uma estrutura adequada na sala de parto e nas unidades neonatais, para assegurar que as práticas assistenciais tenham maior efetividade, tanto na redução da mortalidade quanto na boa qualidade de vida dos recém-nascidos egressos do cuidado intensivo neonatal (BRASIL, 2011b).

Mesmo com o aumento da expectativa de vida do RNPT, a prematuridade no Brasil ainda é uma importante causa de mortalidade neonatal. Por esse motivo, os profissionais de saúde devem conhecer e valorizar as necessidades dessas crianças que sobreviveram ao parto

premature. É importante que sejam feitas orientações específicas em relação ao acompanhamento ambulatorial do RNPT, além da adequada integração dos serviços de saúde (BRASIL, 201b).

É essencial a atuação da equipe multidisciplinar e a atenção à família, com o objetivo de se alcançar uma eficácia na nutrição, no desenvolvimento e na sobrevivência, de modo seguro, estabelecendo o vínculo do binômio mãe-bebê.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1 Método Narrativa de Vida

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, utilizando o método de narrativa de vida. Na pesquisa qualitativa, de acordo com a descrição de Minayo (2014), o importante é a objetivação, pois é preciso reconhecer a complexidade do objeto de estudo durante a investigação científica, rever as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de coleta de dados adequadas e, finalmente, analisar o material de forma específica e contextualizada.

Na pesquisa qualitativa, a preocupação está relacionada com os aspectos da realidade, que não podem ser medidos experimentalmente em relação à quantidade. Esse tipo de pesquisa envolve a coleta de materiais empíricos, que descrevem momentos e significados na vida dos indivíduos (DENZIN; LINCOLN, 2006).

O método de narrativa de vida “permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa, indo ao encontro do objeto de estudo. Entende-se que, se queremos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa” (SANTOS, I., 2009).

A narrativa de vida se dá quando o sujeito conta sua experiência vivida a outra pessoa. Com isso, o verbo “contar” é essencial, pois remete ao significado de narrativa.

Bertaux diz que para:

Narrar bem uma história é necessário delimitar os personagens, descrever suas relações recíprocas, explicar suas razões de agir, descrever os contextos das ações e interações e até mesmo formular julgamentos (avaliações) sobre as ações e s próprios atores. (BERTAUX, 2010 p. 47).

O método de narrativa de vida busca descrever situações reais da vida pessoal de um ou mais informantes, a fim de se obter uma riqueza de detalhes acerca da temática pesquisada, dando liberdade ao sujeito de contar livremente a experiência pessoal em resposta ao que está sendo indagado pelo entrevistador (SANTOS, I., 2009).

Santos diz que a narrativa de vida é:

Uma narrativa completa, agradável, de toda a experiência de vida como um todo, focalizando os mais importantes aspectos. Cada história de vida conterà uma visão

de mundo pessoal, uma filosofia pessoal e sistema de valores pessoais. (SANTOS, I., 2009, p. 48).

Sobre as narrativas de vida, preconiza Bertaux:

Não é para compreender essa ou aquela pessoa em profundidade, mas para extrair das experiências daqueles que viveram uma parte de sua vida no interior desse objeto social informações e descrições que, uma vez analisadas e reunidas, ajudem a compreender seu funcionamento e suas dinâmicas internas. (BERTAUX, 2010, p. 60).

3.2 Caminho Metodológico

3.2.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o ambulatório de *follow-up* de uma instituição pública de saúde localizada no estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital geral, referência na Baixada Fluminense, que possui atendimento de demanda espontânea e referenciada. Os principais serviços da unidade são: atendimento de urgência e emergência, laboratórios e imagem, internação, enfermaria. Possui 235 leitos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva para Adultos, Pediatria, Maternidade para atendimento de alto risco materno e neonatal e Unidades de Isolamento.

Esse campo apresenta uma Unidade Neonatal com capacidade para 20 leitos (12 leitos UTI neonatal e oito leitos UI neonatal). Apresenta uma equipe multidisciplinar com enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogos e assistente social.

A equipe de enfermagem é composta de uma enfermeira coordenadora, dois enfermeiros rotina, um técnico de enfermagem diarista, seis enfermeiros plantonistas divididos em plantões com escala 12x36h, 14 técnicos de enfermagem no serviço diurno e dez técnicos de enfermagem no serviço noturno. Em média, o hospital atende em torno de 50 recém-nascidos por mês.

O local também apresenta um ambulatório que realiza atendimento de *follow-up* em RNs que nasceram pré-termo, com algum comprometimento e que necessitam de especialidade. O atendimento a essas crianças ocorre às terças-feiras no turno da manhã.

3.2.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) por meio da Plataforma Brasil, dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466, de 13/06/2012, e Resolução nº 251, de 07/06/1997, sendo aprovada sob parecer nº 1.789.774, de 24 de outubro de 2016 (ANEXO D).

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). É importante ratificar que foi explicada a importância de sua participação por oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde sobre o processo de alimentação de recém-nascidos pré-termo, e que essa participação só aconteceria de forma voluntária. Antes do início da entrevista, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos de idade, e esclarecidas as dúvidas antes de sua assinatura. Para as menores de 18 anos, além do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, era lido o TCLE para as responsáveis dessas mulheres-mães.

Foi enfatizado que a pesquisa não implicaria nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral para a participante, além de se garantir o seu anonimato. Os riscos da pesquisa são mínimos pelo incômodo de relembrar situações que podem ter sido difíceis. Foi informado que a participante poderia se recusar a responder, caso se sentisse incomodada e que poderia se retirar da pesquisa se assim o desejasse, sem nenhum prejuízo.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram mulheres-mães que vivenciaram o processo de alimentação cujos filhos nasceram prematuros (antes de 37 semanas de gestação), necessitando de internação na UTIN, sendo acompanhados no ambulatório de *follow-up*. Os critérios de exclusão da pesquisa foram mulheres-mães de recém-nascidos pré-termo que apresentam algum tipo de sequela neurológica e/ou anomalia congênita.

3.2.3 PRODUÇÃO DOS DADOS

Os dados foram produzidos com o auxílio de um instrumento de coleta de dados dividido em duas partes: 1ª) questionário para a caracterização das participantes da pesquisa, a fim de se traçar o perfil sociodemográfico, obstétrico e neonatal para ajudar no entendimento

das narrativas de vida; 2ª) refere-se à entrevista, propriamente dita, que teve como pergunta norteadora: “Fale-me sobre sua vida que tenha relação com o processo de amamentação do (nome do filho recém-nascido pré-termo)” (APÊNDICE A).

Define-se a entrevista aberta como “uma combinação de escuta atenta e questionamento por que o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma enquanto conta” (BERTAUX, 2010, p. 131).

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento das entrevistadas, para se garantir a veracidade das informações. O término da entrevista se deu quando a participante disse que não tinha mais o que acrescentar, mesmo após ser questionada pela entrevistadora. Foi realizada a identificação dos participantes da seguinte forma: A letra “P” representando as mães participantes do estudo, seguida de algarismo arábico pela ordem das entrevistas.

A etapa de campo ocorreu no período entre janeiro e março de 2017. Foi feita uma busca ativa das mulheres-mães na sala de espera para o atendimento das consultas de *follow-up*. A abordagem era feita de forma individual, sendo explicado o objetivo da pesquisa e sua confidencialidade. Após o aceite da participante, o enfermeiro coordenador do ambulatório nos disponibilizou uma sala reservada para que fosse feita a entrevista de forma sigilosa. Mesmo que em alguns momentos houvesse ruídos do autofalante da unidade e do choro do filho, não houve prejuízo na transcrição, sendo esta realizada de forma fidedigna.

Foram contactadas 19 mulheres-mães, havendo, porém, uma participante que assinou o TCLE e no momento da entrevista não conseguiu falar, desistindo de participar. Outra participante aceitou participar e, no decorrer da entrevista, relatou que sua filha havia nascido pré-termo, porém, pelo peso do nascimento e as condições físicas, não precisou ser internada na UTIN, não atendendo, assim, o critério de inclusão.

No total, foram entrevistadas 17 mulheres-mães de RNPTs egressos da UTIN do hospital cenário, que no momento da entrevista se encontravam em seguimento no ambulatório de *follow-up* da referida unidade.

A etapa de campo foi finalizada quando se atingiu a saturação dos dados em relação à experiência vivenciada do processo de alimentação de RNPTs egressos da UTIN após a alta hospitalar.

A saturação é o fenômeno com o qual o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo referente ao objeto de estudo a partir de certo número de entrevistas. Para que o pesquisador consiga identificar corretamente o ponto de saturação, recomenda-se a transcrição imediata das entrevistas (BERTAUX, 2010).

Para Fontanella, Ricas e Turato:

As informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 17).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e de forma quase imediata à realização. A transcrição é uma etapa intensa que exige dedicação, atenção e tempo. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora, pois dessa forma é possível uma reflexão sobre os relatos. As transcrições totalizaram duas horas e cinco minutos e resultaram em 39 páginas transcritas.

3.2.4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

O processo analítico utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin (2011), que consiste na interferência das mensagens obtidas com vistas à obtenção de indicadores, sejam eles quantitativos ou não, que produzam conhecimentos relativos à temática contida nessas mensagens.

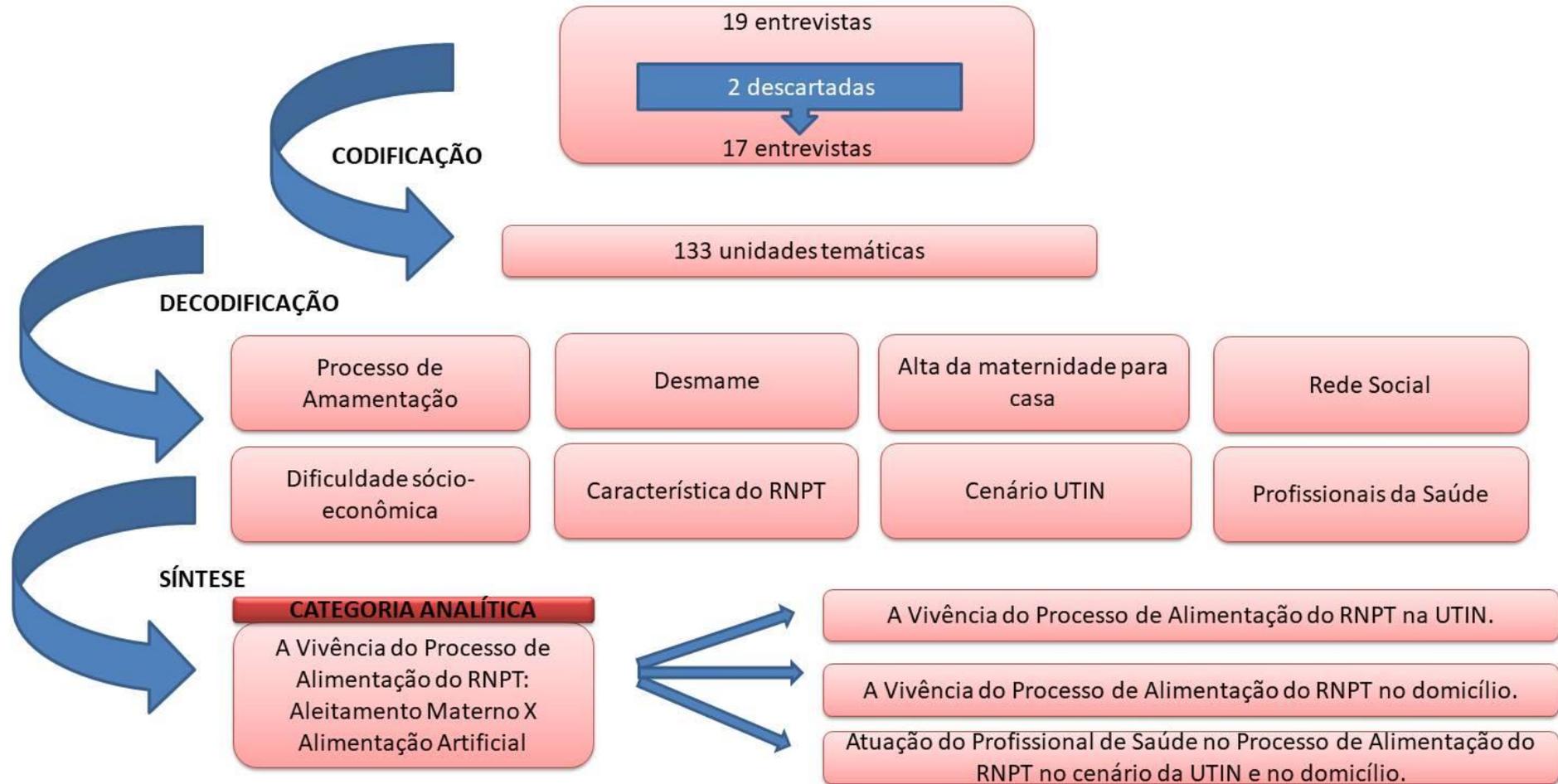
A modalidade da análise de conteúdo utilizada foi a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido, permitindo ao pesquisador comparar os aspectos comuns e divergentes contidos nos relatos (BARDIN, 2011). Dessa forma, foram utilizadas no processamento dos dados as seguintes etapas que compõem essa modalidade de análise: pré-análise, exploração do material, o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação.

As narrativas foram analisadas respeitando-se a especificidade e a individualidade de cada participante; porém, os seus discursos foram agrupados em categorias, de acordo com os temas que emergiram do seu discurso.

Após a leitura repetida, atenta e exaustiva das transcrições, as informações foram agrupadas e codificadas, originando 133 unidades temáticas. A codificação consiste em juntar as falas que mais se aproximam umas das outras nas entrevistas, organizando tudo o que for importante para atingir o objetivo da pesquisa. Foi construído um quadro no qual constam as unidades temáticas, com a recorrência dos temas nas entrevistas, constando como APÊNDICE C.

Após a formação das unidades temáticas, estas foram agrupadas por assuntos comuns, o que caracteriza a decodificação, da qual emergiram oito agrupamentos temáticos. Por fim, foi realizada nova leitura e interpretação para proceder à síntese, da qual emergiu uma categoria analítica com três subcategorias apresentadas na Figura 1 a seguir.

Figura 1 – Esquema para construção da categoria analítica



CAPÍTULO 4

ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE VIDA

4.1 Caracterização das Participantes

Ao todo, 17 participantes tiveram filhos nascidos pré-termo egressos da UTIN e vivenciaram o processo de amamentação após a alta hospitalar.

Para facilitar a compreensão do leitor, os dados referentes à caracterização das participantes da pesquisa, história obstétrica, identificação dos seus filhos, os diagnósticos e terapêuticas foram colhidos nos prontuários das crianças e distribuídos em quatro quadros apresentados a seguir, além da construção do Quadro 7, apresentando o historiograma.

Quadro 3 – Caracterização das mulheres entrevistadas quanto aos dados sociodemográficos
(continua)

| Entrevistada | Idade (anos) | Estado civil | Escolaridade | Ocupação | Recebe Benefício |
|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------|
| P1 | 33 | Casada | Ensino Fundamental completo | Dona de casa | Sim |
| P2 | 27 | Casada | Ensino Médio completo | Autônoma | Não |
| P3 | 23 | Solteira | Ensino Médio completo | Autônoma | Não |
| P4 | 16 | Solteira | Ensino Médio incompleto | Autônoma | Não |
| P5 | 18 | Solteira | Ensino Médio completo | Dona de casa | Não |
| P6 | 40 | Solteira | Ensino Médio completo | Dona de casa | Não |
| P7 | 24 | Solteira | Ensino Médio completo | Explicadora | Não |
| P8 | 34 | Solteira | Ensino Fundamental completo | Autônoma | Não |
| P9 | 16 | Solteira | Ensino Médio incompleto | Estudante | Não |
| P10 | 27 | Solteira | Ensino Médio incompleto | Dona de casa | Sim |
| P11 | 33 | Solteira | Ensino Fundamental incompleto | Dona de casa | Sim |

Quadro 3 – Caracterização das mulheres entrevistadas quanto aos dados sociodemográficos (conclusão)

| Entrevistada | Idade (anos) | Estado civil | Escolaridade | Ocupação | Recebe Benefício |
|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------|
| P12 | 21 | Solteira | Ensino Médio completo | Dona de casa | Não |
| P13 | 20 | Solteira | Ensino Médio incompleto | Estudante | Não |
| P14 | 15 | Solteira | Ensino Fundamental incompleto | Dona de casa | Não |
| P15 | 19 | Casada | Ensino Médio incompleto | Dona de casa | Não |
| P16 | 20 | Casada | Ensino Médio completo | Jovem aprendiz | Não |
| P17 | 28 | Solteira | Ensino Médio incompleto | Dona de casa | Não |

Fonte: Próprio autor.

Com base nos dados apresentados, é possível observar que a idade das participantes variou de 15 a 40 anos, sendo a média de 24 anos. Quanto à escolaridade, 11,8% das mulheres declararam ter o Ensino Fundamental incompleto, 11,8% das mulheres declararam ter o Ensino Fundamental completo, 35,3% possuem o Ensino Médio incompleto e 41,1%, o Ensino Médio completo. Com relação à ocupação, 35,3% exercem atividades remuneradas, enquanto 53% informaram ser donas de casa e 11,7%, estudantes. Quanto à situação conjugal, 23,5% das mulheres se declararam casadas e 76,5% são solteiras.

Os profissionais de saúde precisam atentar se as mulheres são trabalhadoras formais ou não, se têm garantida a proteção legal para manter a sua inserção no mercado de trabalho a fim de que as orientem como dar continuidade ao processo de aleitamento materno, conciliando-o com a atividade remunerada.

O Quadro 4 descreve a caracterização das mulheres quanto aos antecedentes obstétricos, apresentando os seguintes indicadores: história obstétrica (número de gestações [G], número de partos [P], número de abortos [A]), número de consultas de pré-natal, tipo de parto e o diagnóstico do parto pré-termo. Ressalta-se que, conforme convenção, a quantidade de gestações, partos e abortos é expressa em algarismos romanos.

Quadro 4 – Caracterização das mulheres quanto aos antecedentes obstétricos

| Entrevista da | História Obstétrica | | | Pré-Natal (nº de consultas) | Parto Atual | Diagnóstico do parto pré-termo |
|---------------|---------------------|-----|---|-----------------------------|-------------|---|
| | G | P | A | | | |
| P1 | II | II | 0 | 7 | cesárea | DHEG |
| P2 | I | I | 0 | 5 | normal | Bolsa Rota prolongada |
| P3 | I | I | 0 | 6 | normal | Bolsa Rota |
| P4 | I | I | 0 | 5 | normal | DPP |
| P5 | I | I | 0 | 8 | normal | Trabalho de parto prematuro |
| P6 | II | II | 0 | 1 | normal | Trabalho de parto prematuro |
| P7 | I | I | 0 | 3 | normal | Bolsa Rota |
| P8 | IV | III | I | 3 | cesárea | Bradycardia fetal + Sangramento intra uterino |
| P9 | I | I | 0 | 2 | normal | Sífilis |
| P10 | II | II | 0 | 4 | normal | Bolsa Rota |
| P11 | II | II | 0 | 10 | cesárea | Placenta Prévia + Oligodramnia + Sífilis |
| P12 | I | I | 0 | 6 | normal | Trabalho de parto prematuro + Sífilis |
| P13 | I | I | 0 | 3 | normal | ITU |
| P14 | II | I | I | 5 | normal | Trabalho de parto prematuro |
| P15 | I | II | 0 | 5 | cesárea | Trabalho de parto prematuro + bolsa rota + gemelaridade |
| P16 | I | I | 0 | 20 | cesárea | DHEG |
| P17 | I | I | 0 | 8 | normal | ITU |

Fonte: Próprio autor.

Com base nos dados, a média de consultas de pré-natal realizadas pelas participantes deste estudo foi de seis consultas, atendendo ao mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Das respondentes, 41,1% realizaram mais de seis consultas de pré-natal, enquanto 58,9% realizaram até cinco consultas. Levando em consideração os diagnósticos das mulheres que fizeram número maior ou igual a seis consultas de pré-natal, eram consideradas gestações de alto risco. Segundo Brasil (2005), as intercorrências mais comuns no terceiro trimestre que são considerados de risco são: trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

Quanto ao número de gestações e paridade, 64,7% eram primigestas e primíparas, mostrando mulheres que vivenciaram a primeira experiência de maternidade já associada à

condição de prematuridade do filho. Das participantes, apenas 11,7% tinham história de abortamento.

Quanto ao tipo de parto, 70,6% foram partos vaginais e apenas 29,4% foram cesarianas, o que mostra que as mulheres já chegaram ao hospital em trabalho de parto prematuro. Os motivos coletados nos prontuários relacionados aos partos prematuros das mulheres deste estudo foram, em alguns casos, multifatoriais, destacando-se: trabalho de parto prematuro, bolsa rota, doenças hipertensivas relacionadas à gestação, infecção do trato urinário, sífilis, descolamento prematuro de placenta e bradicardia fetal. Para Brasil (2010), gestação de risco é aquela que implica riscos para a mãe e para o feto. É importante salientar que uma gestante ou parturiente pode se tornar de risco, por isso a importância do pré-natal e da abordagem à gestante em trabalho de parto para classificar o grau de risco e, assim, diminuir a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2010).

O enfoque preventivo deve ser dado aos fatores que podem ser modificados ou aos que podem indicar a possibilidade de parto prematuro, como: nível socioeconômico, partos múltiplos, ambiente de trabalho e tabagismo. Assim, é possível diminuir a morbimortalidade materno-infantil.

O Quadro 5 apresenta a caracterização do filho pré-termo da participante acompanhado no ambulatório de *follow-up*, considerando os seguintes indicadores: idade gestacional, peso ao nascer (em gramas), Apgar, data do nascimento, tempo de internação, idade no dia da entrevista e peso (em gramas) no dia da entrevista.

Quadro 5 – Caracterização do filho pré-termo da participante acompanhado no ambulatório de *follow-up*

(continua)

| Filho de | Idade Gestacional | Peso ao nascer | Apgar | Data do Nascimento | Tempo de internação | Idade no dia da entrevista | Peso no dia da entrevista |
|-----------------|--------------------------|-----------------------|--------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| P1 | 32s | 1626g | 7/9. | 25/05/2016 | 23d | 7 meses | 9.187g |
| P2 | 36s + 1d | 2655g | 8/9. | 17/09/2016 | 10d | 3 meses e 20 dias | 6.510g |
| P3 | 32s + 2d | 1988g | 7/9. | 16/06/2016 | 20d | 6 meses | 5.500g |
| P4 | 29s | 992g | 8/9. | 01/06/2016 | 70d | 7 meses | 6.600g |
| P5 | 36s | 2420g | 9/9. | 10/11/2015 | 3d | 1 ano e 2 meses | 12.645g |
| P6 | 29s + 3d | 1504g | 9/9. | 01/09/2016 | 29d | 4 meses | 5.100g |
| P7 | 32s + 3d | 1620g | 9/9. | 15/09/2016 | 26d | 4 meses | 5.700g |
| P8 | 33s + 1d | 1560g | 8/9. | 07/12/2016 | 34d | 2 meses | 2.990g |
| P9 | 27s + 4d | 1100g | 4/7. | 02/10/2016 | 87d | 4 meses | 4.175g |
| P10 | 32s + 3d | 1755g | 8/9. | 15/02/2016 | 30d | 11 meses e 29 dias | 7.500g |

Quadro 5 – Caracterização do filho pré-termo da participante acompanhado no ambulatório de *follow-up*

(conclusão)

| Filho de | Idade Gestacional | Peso ao nascer | Apgar | Data do Nascimento | Tempo de internação | Idade no dia da entrevista | Peso no dia da entrevista |
|-----------------|--------------------------|-----------------------|--------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| P11 | 30s + 6d | 1535g | 7/9. | 04/10/2013 | 20d | 3 anos e 4 meses | 13.000g |
| P12 | 36s + 3d | 3050g | 7/8. | 06/10/2016 | 20d | 4 meses | 6.900g |
| P13 | 26s + 6d | 592g | 4/7. | 01/03/2015 | 150d | 1 ano e 11 meses | 7.700g |
| P14 | 34s + 2d | 1800g | 8/9. | 14/07/2016 | 18d | 8 meses | 7.250g |
| P15 | 33s + 2d | 1800g | 8/9. | 16/02/2016 | 19d | 1 ano e 1 mês | 10.320g |
| P16 | 35s + 6 d | 1750g | 8/9. | 22/11/2016 | 20d | 4 meses | 5.075g |
| P17 | 30s + 6d | 1340g | 3/7. | 02/12/2016 | 47d | 3 meses | 4.500g |

Fonte: Próprio autor.

Os filhos pré-termos das mães participantes deste estudo totalizaram 17 crianças. A idade gestacional ao nascer variou entre 26 e 36 semanas, sendo a média de 31 semanas, podendo-se observar que quatro bebês eram prematuros extremos por ocasião do nascimento (abaixo de 30 semanas). A média de peso ao nascer foi de 1.711 gramas, sendo 64,6% bebês classificados como baixo peso (>1.500g a < 2.500g), 11,8% bebês classificados com muito baixo peso (> 1.000g a < 1.500g), 11,8% bebês classificados com extremamente baixo peso (< 1.000g) e 11,8%, com peso normal (> 2.500g).

A temporalidade é um fator que está em evidência no quadro acima, quando colocada a data de nascimento do filho pré-termo. O quadro mostra uma criança que nasceu no ano de 2013 apresentando, na data da entrevista, quatro anos incompletos. Porém, para Bertaux (2010), a temporalidade não influencia, pois o método narrativa de vida permite aos pesquisadores aprender a ouvir as participantes que vivenciaram a situação a ser estudada e tê-las como alguém que é ativo no estudo, refletindo sua própria história de vida. Conclui-se que, por ter nascido um pré-termo extremo, a criança ainda não conseguiu ter alta do ambulatório de *follow-up*, não conseguindo ser inserida pela rede da Estratégia da Saúde da Família, sendo necessário um acompanhamento com especialistas.

O Quadro 6 apresenta os diagnósticos e terapêuticas durante a hospitalização do filho pré-termo da entrevistada acompanhado no ambulatório de *follow-up*.

Quadro 6 – Diagnósticos e terapêuticas durante a hospitalização do filho pré-termo da entrevistada acompanhado no ambulatório de *follow-up*

(continua)

| Filho de | Diagnóstico e Terapêuticas | Alimentação da alta | Alimentação Atual |
|-----------------|---|-----------------------------------|---|
| P1 | Prematuridade. CPAP 1d. | Seio materno + fórmula | Nestogeno® + frutas + todos os tipos de comida |
| P2 | Prematuridade. Sepsis neonatal (tempo de bolsa rota prolongada). Ampicilina + gentamicina 7d. Fototerapia 3d. | Seio materno | Leite materno + fórmula + água + frutas |
| P3 | Prematuridade. Sepsis. Ampicilina + gentamicina 7d. CPAP 1d. Fototerapia 2d. | Seio materno + fórmula | Leite materno + frutas |
| P4 | Prematuridade. Sepsis. Doença da Membrana Hialina. Broncodisplásico. VNI 13d. Cateter nasal 9d. Surfactante 1 dose. ATG 11d + Fenco 12d + Vanco 37d Polimixina 8d + Flucon 6d. Transfusão de hemoderivados. Fototerapia 2d. Dieta zero 25d. NPT 25d. | Fórmula NAN® Confort | Nestogeno® + papinha salgada |
| P5 | Prematuridade. CPAP 12h. | Seio materno | Todos os tipos de comida + Leite Ninho® Fases |
| P6 | Prematuridade. Sepsis neonatal. Icterícia. Ampicilina + gentamicina 7d. PICC 8d. Fototerapia 3d. Dieta zero 1d. NPT 5d. | Seio materno + fórmula Aptamil 1 | Leite materno + Leite Ninho® Fases + creme de arroz |
| P7 | Prematuridade. Sepsis. ATB 2d. | Seio materno + fórmula Aptamil® 1 | Leite materno + NAN® |
| P8 | Prematuridade. Doença da Membrana Hialina. Surfactante 2 doses. VMI 6d. CPAP 2d. Hood 1d. TC crânio contusão hemorrágica direita. Fenobarbital 3mg/kg/dia. Dieta zero 1d. HV 5d. | Seio materno + NAN® | Leite materno + NAN® |
| P9 | Prematuridade. Asfixia. Doença da membrana hialina. VMI 54d. CPAP 9d. Surfactante 3 doses. VDRL +. Sepsis neonatal. Ampicilina + gentamicina 10d. Cefepime + Amoxi 9d. Vanco 22d. Sanfataxazol + TMP. Dopamina + Noradrenalina 6d. 2 ciclos de Ibuprofeno para fechamento do canal. Transfusão de hemoderivados. PICC. Fototerapia 4d. Dieta zero 12d. NPT 33d. | Seio materno + fórmula Aptamil® 1 | Leite materno + Aptamil® |

Quadro 6 – Diagnósticos e terapêuticas durante a hospitalização do filho pré-termo da entrevistada acompanhado no ambulatório de *follow-up*

(conclusão)

| Filho de | Diagnóstico e Terapêuticas | Alimentação da alta | Alimentação Atual |
|-----------------|---|-----------------------------------|---|
| P10 | Prematuridade. Sepses. Ampicilina + gentamicina 10d. Fototerapia 5d. | Seio materno + fórmula Aptamil® 1 | Leite materno + Mucilon® + todos os tipos de comida |
| P11 | Prematuridade. Apneia. VMI 2d. CPAP 3d. Sífilis Congênita. Sepses. Penicilina cristalina + gentamicina 10d. Fototerapia 2d. Dieta zero 3d. NPT 5d. | Seio materno + fórmula | Leite Ninho® Fases + comida pastosa |
| P12 | Prematuridade. Sífilis congênita. CPAP 2d. Penicilina cristalina 10d + gentamicina 9d. Transfusão de hemoderivados. Dieta zero 1d. | Seio materno + fórmula NAN® 1 | NAN® 1 |
| P13 | Prematuridade. Broncodisplasia. Sepses. Pneumonia. Atelectasia. VMI 45d. CPAP 22d. Surfactante 1 dose. Corticoide sintético. Cafeína. HCTZ + Aldactone. Salbutamol spray. Vancomicina 14d. Polimixina B 14d. PCA 1 cilo de ibuprofeno. Dobutamina 3d. Transfusão de hemoderivados. PICC. Dieta zero 5d. NPT 8d. | Aptamil® 1 + Nestogeno® | Todos os tipos de comida + frutas + Mucilon® + leite de caixinha |
| P14 | Prematuridade. Fototerapia 6d. | Seio materno | Nestogeno® + NAN® Confort + papinha salgada + frutas |
| P15 | Prematuridade. Sepses. Clindamicina + gentamicina 8d. Dieta zero 2d. | NAN® Pro | Leite Ninho® Fases + Mucilon® + frutas + todos os tipos de comida |
| P16 | Prematuridade por DHEG grave. Recuperação nutricional. CPAP 12h. Dieta zero 12h. HV. | Seio materno + fórmula | Leite materno + Aptamil® 1 + água |
| P17 | Prematuridade. Broncodisplasia. Sepses. VMI 26d. CPAP 9d. VNI 8d. Surfactante 2 doses. Ampicilina + gentamicina 3d. Cefepime + vancomicina 10d. Cipro 10d. Aminos 12d. Transfusão de hemoderivados. | Aptamil® 1 | NAN® Confort |

Fonte: Próprio autor.

Em relação ao diagnóstico por ocasião do nascimento e hospitalização na UTIN, observa-se que, em alguns casos, foi multifatorial, destacando-se: sepse (confirmada ou suspeita), prematuridade, Doença da Membrana Hialina, broncodisplasia, apneia da prematuridade e sífilis congênita.

Quanto ao tipo de alimentação prescrita na alta hospitalar, 58,9% das crianças saíram com prescrição de leite materno associado ao leite artificial, 23,5% com prescrição apenas de leite artificial e 17,6% com prescrição apenas de leite materno. Isso mostra que os RNPTs já saem da maternidade com a alimentação artificial.

O Quadro 7 apresenta o historiograma, que consiste em um instrumento metodológico de caracterização sumária da história de cada participante do estudo, com a finalidade de dar ao leitor uma compreensão que o permita contextualizar os trechos das entrevistas com um breve relato de cada situação, permitindo que ele tenha uma visão geral das participantes do estudo.

Quadro 7 – Historiograma

(continua)

| Participante | Historiograma |
|---------------------|---|
| P1 | 33 anos, casada, segunda gestação, parto prematuro devido a doença hipertensiva específica da gravidez. Gestação foi interrompida com 32 semanas, peso 1.626g. Apresentou-se bem descontraída e solícita em participar. No dia da entrevista, o bebê estava com sete meses. |
| P2 | 27 anos, casada, primeiro filho, parto prematuro de 36 semanas e um dia devido a bolsa rota prolongada, peso 2.655g. No dia da entrevista, o bebê estava com três meses e 20 dias, e já estava fazendo uso de fórmula infantil, água e fruta, pois é autônoma e precisa substituir o leite materno por outros alimentos para conseguir trabalhar. |
| P3 | 23 anos, solteira, primeiro filho, parto prematuro de 32 semanas e dois dias devido a bolsa rota, peso 1.988g. No dia da entrevista, o bebê estava com seis meses e já fazia uso de frutas. Mãe bastante tímida e envergonhada. |
| P4 | 16 anos, solteira, primeiro filho, parto prematuro de 29 semanas, devido a descolamento prematuro de placenta, peso 992g. No dia da entrevista, o bebê estava com sete meses e já fazia uso de papinha salgada e doce, além do Nestogeno®. |
| P5 | 18 anos, solteira, primeiro filho, apresentou trabalho de parto prematuro com 36 semanas, peso 2.420g. No dia da entrevista, o bebê estava com um ano e dois meses, já se alimentava com alimentos do restante da família. |
| P6 | 40 anos, solteira, apresentou trabalho de parto prematuro com 29 semanas e três dias, peso 1.504g. No dia da entrevista, o bebê estava com quatro meses e se alimentava de leite materno, leite artificial e creme de arroz. A mãe se expressava pouco e não sabia relatar com clareza os fatos. |

Quadro 7: Historiograma

(continuação)

| Participante | Historiograma |
|--------------|---|
| P7 | 24 anos, solteira, parto prematuro de 32 semanas e três dias, devido a bolsa rota, peso 1.620g. No dia da entrevista, o bebê estava com quatro meses e se alimentava de leite materno e leite NAN®. O bebê encontrava-se bastante irritado e choroso. |
| P8 | 34 anos, solteira, três filhos, parto prematuro com 33 semanas e um dia devido a bradicardia fetal e sangramento intrauterino. No dia da entrevista, o bebê estava com dois meses. Mãe falante e com necessidade de relatar fatos da sua vida com detalhes. |
| P9 | 16 anos, solteira, primeiro filho, a mãe apresentou sífilis na gestação, sendo interrompida a gravidez com 27 semanas e quatro dias, peso 1.100g. No dia da entrevista, o bebê estava com quatro meses, sua alimentação era de pouco leite materno e Aptamil®. |
| P10 | 27 anos, solteira, dois filhos, parto prematuro de 32 semanas e três dias devido a bolsa rota, peso 1.755g. No dia da entrevista, o bebê estava com 11 meses e 29 dias, já se alimentava de caldo de feijão, batata, abóbora, frango e outros alimentos, além do leite materno. |
| P11 | 33 anos, solteira, dois filhos, parto prematuro de 30 semanas e seis dias devido a placenta prévia, oligodramnia e sífilis, peso 1.535g. No dia da entrevista, a criança estava com três anos e quatro meses, bem ativa. |
| P12 | 21 anos, solteira, primeiro filho, apresentou trabalho de parto prematuro com 36 semanas e três dias e sífilis, peso 3.050g. No dia da entrevista, o bebê estava com quatro meses e apenas fazia uso de leite artificial. |
| P13 | 20 anos, solteira, primeiro filho, parto prematuro por infecção do trato urinário com 26 semanas e seis dias, peso 592g. No dia da entrevista, o bebê estava com um ano e 11 meses. Mãe relata que foi um momento muito difícil, pois não sabia se a filha iria sobreviver. Relatou o atraso no desenvolvimento da filha. |
| P14 | 15 anos, solteira, primeiro filho, trabalho de parto prematuro com 34 semanas e dois dias, peso 1.800g. No dia da entrevista, o bebê estava com oito meses. Não se aprofundava na questão do aleitamento materno, sempre com respostas simples e superficiais. |
| P15 | 19 anos, casada, gemelar, apresentou trabalho de parto prematuro e bolsa rota, com 33 semanas e dois dias, peso 1.800g. No dia da entrevista, o bebê estava com um ano e um mês e já se alimentava de todo tipo de alimentos. Mãe mostrou-se disposta a realizar a entrevista, porém era objetiva na sua narrativa. Relatou ter tido gêmeos (sexo feminino), mas a outra veio a óbito em decorrência de uma pneumonia aos quatro meses de idade. Durante todo o momento da entrevista, não se aprofundava na história da filha que faleceu. |
| P16 | 20 anos, casada, primeiro filho, parto prematuro devido a doença hipertensiva específica da gravidez. Gestação interrompida com 35 semanas e seis dias, peso 1.750g. No dia da entrevista, o bebê estava com quatro meses. Além do leite materno, usava Aptamil® 1 e água. Mãe relatou preocupação com o retorno ao trabalho, pois a licença maternidade terminava no dia da entrevista. |

Quadro 7: Historiograma

(conclusão)

| Participante | Historiograma |
|---------------------|--|
| P17 | 28 anos, solteira, primeiro filho, parto prematuro devido a infecção do trato urinário, peso 1.340g. No dia da entrevista, o bebê estava com três meses. Mãe relata várias complicações com o filho após o nascimento, enfatizando a importância em andar com o resumo de alta hospitalar. |

Fonte: Próprio autor.

4.2 Categoria Analítica

A categoria deste estudo está representada pelas narrativas de vida das mulheres-mães relacionadas à vivência do processo de alimentação do RNPT no cenário da UTIN e em seu domicílio. Os resultados apontam para um processo complexo de alimentação, pois perpassa pelo aleitamento materno tardio e introdução do leite artificial.

O momento da alta hospitalar, tão almejado pela mãe e família, é um momento desafiador, pois esbarra nas dificuldades encontradas na rede social e dificuldades socioeconômicas.

A seguir é apresentada a categoria analítica construída.

4.2.1 A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DO RNPT: ALEITAMENTO MATERNO X ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

4.2.1.1 A Vivência do Processo de Alimentação do RNPT na UTIN

A maternidade é um momento muito esperado por várias mulheres, e, junto, com esse desejo de ser mãe, vem o processo de aleitamento materno que se dá desde o nascimento até o momento em que ela desejar. Porém, esse processo é mais complexo quando se tem um filho pré-termo internado na UTIN, pois é preciso que a mãe tenha uma proximidade e envolvimento que perdure por toda a hospitalização e alta da criança (SIEBEL et al., 2014).

A mãe que vivencia ter um filho internado na UTIN apresenta sentimentos de medo, ansiedade e culpa, pois passa a experimentar uma realidade nova, com momentos difíceis em um ambiente hospitalar estressante e com normas e rotinas diárias de procedimentos invasivos e muitas vezes dolorosos (BRAGA; ALMEIDA; LEOPOLDINO, 2012).

Manter esse processo de aleitamento materno após a alta hospitalar dos RNPTs é desafiador e precisa ser enfrentado pela mãe, considerando-se os benefícios do leite materno

para esse público. Muitas mães não se sentem capazes de lidar com esse processo, pois acreditam que seus filhos são frágeis e incapazes de realizar uma sucção satisfatória.

Segundo a Portaria nº 930 de 2012 do Ministério da Saúde, a Unidade Neonatal:

É responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. (BRASIL, 2012b).

A UTIN é um ambiente especializado na reabilitação de recém-nascidos graves, sendo considerada um meio formal e frio, porém com avanços tecnológicos capazes de levar a sobrevivência a vários RNPTs. Estes são submetidos a estímulos de estresse e dor, ruídos excessivos, luz intensa, além de contar com inúmeros procedimentos invasivos, levando ao sentimento de impotência da mãe (OLIVEIRA, 2012). As narrativas abaixo descrevem o ambiente e os procedimentos realizados na UTIN:

“Como a luz da neonatal fica acesa o tempo todo, ele trocava o dia pela noite, ele dormia muito de dia, e ficava acordado a noite”. (P4)

“Ela ficou com aparelhinho no peio, que ela nasceu prematura”. (P5)

“A bichinha furou, furaram a cabeça dela, furaram os dois bracinhos dela, furaram o pezinho, ela só respirava através de aparelho”. (P17)

Quando o RNPT está internado na UTIN, ocorre, além do afastamento físico, o emocional, que rompem com a integração entre mãe e filho (RODRIGUES et al., 2013).

As mães desses prematuros relatam que a separação, muitas vezes, ocorre por períodos prolongados, o que acarreta uma série de fatores estressantes, como a incapacidade de cuidar do seu filho, além da diminuição do aleitamento materno (SIEBEL et al., 2014). As narrativas a seguir comprovam que a separação logo após o parto é um momento marcante:

“A E. nasceu, aí levaram ela diretamente, assim que ela nasceu pra incubadora neonatal”. (P8)

“Aí quando ele nasceu, eu fui pra enfermaria e ele foi pro neonatal”. (P9)

“Porque ela teve que ficar na neonatal, aqui embaixo, e foi cesárea, então não tinha como eu ficar subindo toda hora”. (P15)

Alguns estudos apontam que o insucesso do aleitamento materno se dá pela separação da mãe e do bebê prematuro, logo após o parto (RODRIGUES et al., 2013).

O choque diante da hospitalização de um filho, principalmente quando ele é tão esperado e desejado, favorece o aparecimento de sentimentos negativos, que desestimulam as mães a oferecer o próprio leite materno, tais como a ansiedade relacionada à condição de saúde do filho e impotência diante de um ambiente hostil e desconhecido (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

“A dificuldade nas primeiras semanas, eu chorava, ficava triste, porque eu queria que ele saísse logo dali, e ele tinha que pegar peso, né, com pouco peso”. (P1)

“Saí correndo chorando de lá de dentro, que eu pensei que ele não ia sobreviver e tal, e eu voltei com meu marido, aí entramos lá, aí fiquei olhando ele, não podia tocar ainda nele por ele ser muito pequenininho, ele tava cheio de aparelho com negócio no rosto, todo tampado com luz em cima. Aí eu fiquei com medo dele não sobreviver”. (P9)

“Nesse período eu não amamenteei ela, porque ela nasceu com anemia, pneumonia. Quando ela nasceu, tiveram que reanimar ela, e durante três dias ela tomou três bolsas de sangue”. (P17)

Essas mães demonstram o receio do primeiro contato com o filho dentro de uma UTIN, o medo por ser uma criança frágil e pequena, juntamente com o ambiente de barulhos e máquinas, deixando-as mais tensas (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015). É o que retratam as narrativas abaixo.

“Ele nasceu muito pequenininho, eu fiquei com nervoso”. (P9)

“No começo foi meio difícil porque eu tive dificuldade de pegar ele no colo por ser muito pequeno”. (P7)

“Ela nasceu com quinhentos gramas, né, muito pequena, cinco meses, então ela nasceu, pesaram ela e levaram direto pra neo”. (P13)

“Aí eu ficava lá o tempo todo lá com ela, mas só olhando mesmo, não podia pegar, não podia amamentar, não podia fazer nada, só podia ficar em pé do lado da incubadora olhando ela, mas é muito triste”. (P17)

Após a estabilização do recém-nascido na UTIN, as mães vivem dia após dia suas limitações, pois seus filhos ainda apresentam sucção débil e podem se cansar com facilidade.

A sucção débil do RNPT e seu processo de aprendizado e maturação neuromotora contribuem para o rol de dificuldades da mãe na UTIN. Sem o estímulo da sucção, torna-se difícil manter uma produção láctea suficiente (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

As dificuldades ocorrem pela imaturidade do RNPT, condição em que o seu reflexo de sucção e pega está diminuído e muitos se apresentam débeis. A sucção de um pré-termo ao seio materno fica prejudicada pela imaturidade na sucção e pega e hipoatividade, além das condições clínicas associadas. Porém, a sucção é um fator primordial para a manutenção da lactação (BAPTISTA et al., 2014). As narrativas abaixo retratam o exposto acima.

“Só que ele era devagarzinho pra pegar o peito, porque era pequenininho, né, aí tinha que esforçar”. (P1)

“Mas ela sugava pouquinho (ênfatizando o pouquinho), devagarinho, aí, mas começou assim, pouquinho, aí parava aí respirava, aí demorava de novo e sugava de novo, aí ficou assim o processo, desse jeito”. (P3)

“Porque depois ficou só precisando disso, pra ela ter alta, aprender a ter sucção, porque ela não tinha, não sabia mamãe, não sabia puxar o leite”. (P3)

“Ela mamava muito pouquinho, que ela não sabia sugar”. (P10)

Outro fator referenciado para o desmame foi a dificuldade das mães de RNPTs internados em uma UTIN em realizarem a ordenha, pois relatam dor durante o procedimento e

baixa produção láctea, ocasionando sentimento de impotência quando não conseguem retirar um volume de leite suficiente (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

As narrativas a seguir retratam a dificuldade das mães em realizar a ordenha.

“Mas mesmo assim era difícil tirar, porque não tinha nenhum bebê mamando, e meu peito ficou muito grande”. (P4)

“Ele nasceu, aí na neo, ficavam, aí no dia que ele nasceu, eu estava internada aqui ainda, aí pediram pra mim dar o meu leite pra ele, só que eu não conseguia tirar o leite”. (P4)

Pode-se perceber que a ansiedade, o estresse e a dor diminuem o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação. Com isso, é importante estimular a aproximação e a criação do vínculo afetivo com a ajuda de um ambiente calmo e tranquilo, evitando fatores ambientais desfavoráveis (como ruídos, falatório, telefone tocando). Nas narrativas a seguir, retrata-se a dor no processo de amamentação.

“Aí doeu um pouco, porque ele só pegou o bico. Aí ele ficou mordendo, não sabia sugar direitinho, aí ele mordeu e puxava, só que, aí comecei a sentir dor”. (P9)

“Aí doía muito pra amamentar ele, doía muito, meu peito chegava a sangrar de tanto que doía”. (P12)

No Brasil, existe a Política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, além de alguns projetos que contribuem para o reconhecimento internacional. Apesar do sucesso de todos os programas e iniciativas, ainda é muito restrito no que tange ao aleitamento materno do RNPT, garantindo o aleitamento exclusivo às crianças que ficam hospitalizadas por períodos prolongados dentro da UTIN (REIS et al., 2008).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) não garante que as mulheres que começam a amamentar exclusivamente irão continuar pelos seis meses recomendados, mas alguns estudos evidenciam que crianças que receberam alimentação complementar ainda no hospital tem menos tendência em adotar a amamentação exclusiva (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2009).

O hospital inicia um passo significativo em direção à amamentação exclusiva mais duradoura depois da alta, quando é iniciada durante todo o processo de internação na maternidade.

Há, entretanto, poucas condições de saúde da criança e da mãe que justifiquem uma recomendação da introdução de alimentação complementar nos primeiros seis meses de vida. Os lactentes para os quais o leite materno é a melhor opção de alimento, porém podem necessitar de alimentação complementar são: recém-nascido de muito baixo peso ao nascer; recém-nascido pré-termo extremo; recém-nascido com risco de hipoglicemia (pré-termo, pequenos para idade gestacional, RNs que fizeram hipóxia e isquemia intraparto, filhos de mães diabéticas); lactentes menores de seis meses com dificuldade de crescimento (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2009).

A transição do bebê do ambiente de uma UTIN para casa também é extremamente importante. É importante salientar alguns itens em relação ao tratamento amigo da criança prematura, como o exame antes da alta, a avaliação após a alta e o apoio especial oferecido às mães (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2009).

O RNPT é considerado vulnerável pela imaturidade de alguns de seus órgãos e sistemas, que podem apresentar vários distúrbios dependendo da idade gestacional, os quais irão comprometer o seu desenvolvimento. Por isso, irão precisar de aporte respiratório, nutricional, regulação térmica, dentre outros.

Em relação ao aporte nutricional, um RNPT pode receber suas primeiras calorias por via endovenosa em decorrência da imaturidade do trato gastrointestinal e dos reflexos de sucção e deglutição débeis. Porém, com a estabilização hemodinâmica desses RNPTs, eles começam a receber sua primeira ingestão de leite através da sonda orogástrica (SOG). Dessa forma, o leite materno ou leite artificial são oferecidos de forma gradual e progressiva (ARÚJO; REIS, 2012). A seguir, são apresentadas as narrativas que dizem respeito à utilização da SOG pelo RNPT.

“É, assim que ela nasceu, ela foi pra neonatal, aí ficou sete dias no antibiótico, tomando leite por sonda. Aí ela tomava só pouquinho, era miligramas de leite”. (P3)

“Ela ficou tomando por sonda”. (P6)

“Meu parto foi um parto cesariana de risco e ela, assim, foi intubada e teve que ser alimentada por sonda”. (P11)

“Por enquanto ela iria ficar na sonda. Assim que ela nasceu, não pode mamar nada. Aí depois no outro dia ela começou a mamar, mas pela sonda”. (P13)

“E lá na neo, eles me informaram o seguinte, que no início ela iria ficar na sonda”. (P16)

A vulnerabilidade para o desmame está muito presente no RNPT internado na UTIN, pois são inúmeras influências para a introdução de leite artificial. Para Ayres et al., (2003), a vulnerabilidade é dividida em três esferas: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática.

A vulnerabilidade individual está relacionada à informação que as pessoas adquirem sobre os problemas de saúde (AYRES et al., 2003). Neste estudo, o RNPT é vulnerável ao desmame, pois as mães não receberam as orientações adequadas para o processo de aleitamento materno. E, ao se depararem com um parto prematuro, ocorreu uma mistura de sentimentos somada à falta de conhecimento acerca do assunto, o que pode ocasionar o desmame precoce. É o que está relatado nas narrativas abaixo.

“Porque assim que ele nasceu ele não foi pro peito, e eu não sabia que podia tirar leite pra ele, o leite acabou secando”. (P9)

“Eu não sabia, porque é meu primeiro filho, aí eu não sabia nada (ênfatisou o nada) ainda”. (P9)

“Foi porque é o meu primeiro filho, então eu não sabia”. (P12)

“Porque é, todo mundo falava que eu tinha que estimular o leite, e eu não sabia estimular o leite, aí foi acabando”. (P12)

No que diz respeito à vulnerabilidade social, Ayres et al. (2003) dizem se referir aos meios para adquirir as informações e, assim, incorporá-las e transformá-las em atitudes. O

desmame do RNPT pode se relacionar com as influências da rede social ou aspectos socioeconômicos, representado na narrativa a seguir.

“É fogo, eu queria dar o peito, porque o peito é mais em conta, e o leite, tem que ficar comprando leite”. (P8)

A vulnerabilidade programática (ou institucional) refere-se aos programas nacionais ou locais específicos para o problema (AYRES et al., 2003). O RNPT é vulnerável, pois os profissionais de saúde estimulam a introdução de leite artificial, o que se mostra na narrativa abaixo.

“Aí ficava chorando o tempo todo, chorando, chorando, aí os médicos falou pra mim, é melhor você partir pra mamadeira, porque vai ficar, como se fosse enganando a criança, tá ali chupando vento, praticamente”. (P13)

“Aí eu aceitei, deixei, porque eu nunca dei mamadeira, e o médico achou melhor”. (P8)

Outro aspecto importante para a vulnerabilidade programática é a questão de as mães não poderem dormir na UTIN. Consequentemente, elas não amamentavam ou ordenhavam o próprio leite para oferecer aos seus filhos no período noturno. É o que retratam as narrativas a seguir.

“E a noite a gente não podia ficar na neo. Então eu ia pra casa e voltava no outro dia”. (P4)

“Mas como eu não podia dormir aqui na parte da noite, eles tinham que amamentar ele pela sonda. Aí ficaram dando complemento do leite pra ele, na parte da noite”. (P12)

“Aí quando eu fui embora, que eu tive alta, todo dia eu vinha no hospital, todo dia eu vinha no hospital ver ela, ficava lá um pouco com ela porque não podia dormir. Mas podia ficar de oito horas da manhã até as oito da noite”. (P17)

A legislação brasileira permite o acesso livre dos pais ou responsáveis às maternidades, mas não estabelecia um horário, o que fazia com que cada instituição de saúde ditasse as regras em determinados horários, por exemplo, no horário noturno. Mas, em 2014, foi publicada uma portaria do Ministério da Saúde que garante que todos os recém-nascidos passam ter direito a acompanhante na UTIN 24 horas por dia durante todo o período de hospitalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Isso significa um avanço no processo de alimentação desse RNPT, pois irá favorecer que a mãe ofereça o próprio leite materno diretamente ao seio, quando possível, ou ordenhar o próprio leite materno e oferecer através da SOG.

4.2.1.2 A Vivência do Processo de Alimentação do RNPT no Domicílio

Com a alta hospitalar, chega o sonhado e desejado dia em que a mãe vai levar seu filho para casa. Mas a chegada desse bebê no domicílio impacta em mudanças importantes em todos os membros da família, além de existir uma cobrança imposta pela sociedade de nutrir bem o seu filho. Aparecem inseguranças sobre qual é a melhor alimentação para a criança, que vai fazê-la ganhar peso e evoluir satisfatoriamente o seu desenvolvimento. A mãe, entretanto, tende a seguir as orientações e recomendações dos profissionais de saúde dadas no período de hospitalização. Pode-se observar tal fato nas narrativas a seguir.

“Então ele se acostumou com o ritmo da neo, aí pra mim não descontrolar ele, nem o estômago dele, eu continuei nesse mesmo ritmo daqui da neo”.
(P7)

“É assim, de três em três horas eu dava direitinho”. (P9)

Vale ressaltar que as orientações dos profissionais de saúde referentes à rotina do cuidado e à forma de alimentação da criança no período de internação do bebê podem determinar a sua continuidade após a alta hospitalar, principalmente em relação ao aleitamento materno (MELO et al., 2013).

A vulnerabilidade para o desmame, porém, ainda está presente no RNPT que já teve alta hospitalar e se encontra no domicílio, pois são inúmeras influências para a introdução de leite artificial. Segundo Ayres et al. (2003), a vulnerabilidade é dividida em três esferas: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática.

A vulnerabilidade individual está relacionada à condição do bebê; a mãe ainda acredita que seu bebê é frágil e sensível, além de apresentar dificuldades no ganho de peso de forma rápida e progressiva. Com as narrativas das mães, constatou-se que, ao se depararem com algumas dificuldades no processo de alimentação em domicílio, introduzem o complemento por meio da fórmula infantil.

“Ele ficou no peito e no complemento. A mamadeira de três em três horas, e nesse intervalo eu dou o peito”. (P7)

“Ele mama o peito primeiro, depois passa umas meia hora e quando ele começa chorar de novo, eu pego e dou uma mamadeira”. (P7)

Ao fato de não praticarem o aleitamento materno exclusivo, as mães justificam o desmame pela instabilidade do bebê, sendo observada, novamente, a vulnerabilidade individual. Contudo, o desmame também está relacionado à vulnerabilidade programática, que é enfatizada pelas orientações dos profissionais de saúde, justificando a utilização do uso do leite artificial como recurso na alimentação, por exemplo, pela saciedade da criança e pela facilidade em amamentar com o uso da mamadeira. As narrativas abaixo mostram a questão da saciedade da criança.

“Porque aí mamando, né, e chegou um tempo que o peito já não estava mais satisfazendo, aí ele começava a ficar no NAN®”. (P1)

“Só que o peito não tá sustentando muito ela, que ela é gulosinha, ela é muito gulosa, quando ela tá com fome”. (P8)

Isso reforça que a decisão tomada pela mãe em como irá alimentar o seu filho gira em torno da praticidade e facilidade do processo, e não dos benefícios do leite materno. Elas justificam a utilização do uso da mamadeira por esse fator, descrito abaixo nas narrativas das participantes.

“Aí foi quando ele foi largando, aí que ele largou de vez o peito, que aí ele já não quis mais, porque com a facilidade da mamadeira, não precisa fazer muita força”. (P1)

“Porque a mamadeira é mais fácil, né, o peito tem que fazer muita força pra sugar”. (P4)

“O da mamadeira ela puxa mais”. (P8)

O leite materno, além de promover todos os benefícios nutricionais, também tem benefícios econômicos, considerando-se os custos com a compra do leite artificial. Com uma pesquisa de mercado dos valores dos leites artificiais mais prescritos pelos médicos, como NAN® e Apatmil®, foi visto que essas fórmulas apresentam um valor que varia de R\$50,00 a R\$100,00 uma lata de 800g. Levando em consideração que uma criança ingere a fórmula infantil sete vezes ao dia com volume de 180 ml na mamadeira, cada lata do leite terá uma duração de aproximadamente quatro dias, sendo um consumo de oito latas por mês, totalizando um custo de R\$400,00 a R\$800,00. Esse alto custo do leite artificial foi narrado pelas participantes, como é observado abaixo.

“É fogo, eu queria dar o peito, porque o peito é mais em conta, e o leite, tem que ficar comprando”. (P8)

“Aí minhas colegas que gostam muito de mim, vai no supermercado comprar o leite”. (P8)

“Mas assim a gente fez o que pode, pra poder ela não ficar sem, entendeu. Com todas as dificuldades, porque foram difíceis, porque era caro, né, ela nunca ficou sem o mamar dela não”. (P11)

Segundo Brasil (2011c), as repercussões relacionadas ao aleitamento materno são várias, mas a condição econômica é um fator ao qual também devemos nos atentar. Isso está relacionado à vulnerabilidade social, pois os gastos com a compra do leite artificial são acrescidos dos custos das mamadeiras, bicos artificiais, gás de cozinha e outros gastos decorrentes de doenças, como alergias respiratórias e gastrointestinais, que são mais comuns em crianças não amamentadas com o leite materno.

Tendo em vista esse alto custo, essas mães não têm o auxílio para o fornecimento da fórmula infantil; elas precisam custear a alimentação, o que pode impactar na segurança alimentar e nutricional da criança.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) “consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais” (BRASIL, 2013, p. 52).

Sendo assim, é preciso integrar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), além de outras políticas relacionadas ao desenvolvimento econômico e social, para que juntas criem estratégias para o diagnóstico e a vigilância da situação alimentar e nutricional, além de promover uma alimentação saudável e adequada (BRASIL, 2013).

A centralização na população mais vulnerável tem por objetivo diminuir as desigualdades, de modo que a Política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno contribua para que toda a população tenha uma assistência integral e sem desigualdades (BRASIL, 2017).

Após a alta hospitalar, essa criança vai continuar sendo acompanhada durante seu crescimento e desenvolvimento. Para que as necessidades com a prática da amamentação sejam satisfatórias, existe a necessidade de retirar os obstáculos que dificultam essa prática.

O acesso e a utilização dos serviços de acompanhamento estão relacionados a sua disponibilidade para desenvolver práticas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mas respeitando a autonomia, privacidade e compromisso dessa mãe na adesão à amamentação.

A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno também contribui para garantir a segurança alimentar e nutricional, com foco nas crianças em situação de risco e vulnerabilidade social e individual, levando a adesão à amamentação e o acesso ao leite humano de qualidade (BRASIL, 2017).

Outro aspecto relacionado à vulnerabilidade social para o desmame desse bebê que nasceu pré-termo é a dificuldade que as mães têm para manter o aleitamento materno exclusivo quando precisam retornar ao trabalho, sendo possível observar tal fato nas narrativas a seguir.

“Eu, assim, dou o peito pra ele de madrugada, na parte da manhã, antes de eu ir trabalhar. Depois que eu saio pra trabalhar, minha mãe mantém a fórmula, até eu chegar”. (P2)

“Eu queria dar o peito, só que eu trabalho, aí eu deixei ela mamar mamadeira”. (P8)

“Como eu sou jovem aprendiz, eu trabalho de oito a meio-dia, então só esse horário que ela seria amamentada pela chuquinha, depois eu estaria dando peito”. (P16)

Com o retorno ao trabalho, essas mães acabam iniciando o aleitamento materno misto, que significa que a criança, além de receber o leite materno, recebe também outro tipo de leite, que configura o desmame (BRASIL, 2015).

Todas as mulheres que trabalham com qualquer tipo de ocupação, independentemente da duração da jornada e local onde trabalham, depois que se tornam mães têm o direito de amamentar seu filho.

Porém, a mãe precisa se organizar para deixar o seu filho em virtude do emprego, a fim de garantir a continuidade da produção de leite, sendo as mamas esvaziadas pela própria criança ou pela ordenha do leite de forma manual ou mecânica (CARVALHO; GOMES, 2017).

Diante disso, é importante que as mulheres-mães conheçam seus direitos trabalhistas e que os profissionais de saúde que acompanham o binômio as orientem, com o objetivo de ajudá-las nesse processo.

É assegurada por lei a licença-maternidade remunerada para as mulheres com empregos formais, mas existem inúmeras mulheres que trabalham de maneira informal, as quais precisam provar a relação permanente de trabalho na justiça para tentar conseguir esse benefício (CARVALHO; GOMES, 2017).

Entretanto, as mães de RNPT apresentam um agravante, já que o tempo de internação do seu filho pré-termo pode ser igual ou superior ao período da licença-maternidade, impactando no cuidado, além do aleitamento materno pós-alta. Por esse motivo, existe um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional que permite à mãe de prematuros um tempo de licença-maternidade mais amplo, levando em consideração o número de semanas de gestação com o qual o filho nasceu, para apenas iniciar a contagem de 120 dias depois que o bebê, já nascido, completar 40 semanas de idade gestacional (CARVALHO; GOMES, 2017).

Assim sendo, seria uma vitória, pois as mães de recém-nascidos pré-termo poderiam prestar uma maior assistência aos seus filhos e manter o processo do aleitamento materno após a alta hospitalar.

É preciso levar em consideração as vulnerabilidades sociais, individuais e programáticas centradas no binômio mãe-filho. Deve-se estimular a participação ativa e o

empoderamento das mulheres-mães nas decisões sobre os serviços de atendimento materno-infantil. Dessa maneira, seria garantido o aleitamento materno exclusivo, mesmo se referindo ao RNPT.

4.2.1.3 Atuação do Profissional de Saúde no Processo de Alimentação do RNPT no Cenário da UTIN e no Domicílio

O processo de alimentação no RNPT é desafiador para todos, porém a responsabilidade de este RN alimentar-se ao seio materno é da equipe multiprofissional. A pega correta e o estabelecimento da amamentação dependem de intervenções prévias com o bebê e com essa mãe, sendo necessário incluí-la na manutenção da produção de leite e nos cuidados com seu filho. Podemos ver na narrativa a seguir:

“Meu peito tem um biquinho muito pequenininho (...) a médica também falou, a enfermeira também falou que isso não tem nada a ver, mas eu creio que sim, porque ele tentava segurar”. (P1)

Alguns estudos apontam que os profissionais de saúde apresentam um papel relevante no processo de aleitamento materno, devendo criar estratégias no cuidado ao binômio mãe-filho, propondo intervenções para obter uma lactação eficaz e fortalecer o vínculo entre ambos (BAPTISTA et al., 2014).

O RNPT apresenta diversas características que dificultam o processo de aleitamento materno, deixando-o vulnerável ao desmame. Elas se referem a aspectos anatômicos e funcionais, como por exemplo: tônus muscular reduzido, alterações nos movimentos mandibulares, pobre vedamento labial, reflexos orais reduzidos ou ausentes, redução das habilidades motoras orais, imaturidade gastrointestinal e neurológica, desorganização corporal (CARVALHO; GOMES, 2017). As narrativas abaixo descrevem a atuação dos profissionais de saúde para estimular a sucção do RNPT.

“Depois teve um período, né, que ela me liberou, a sugação, pra ensinar a sugar, ela começou a sugar”. (P11)

“Estimularam ele no meu peito”. (P12)

“Aí depois, quando eu fui, aqui tem fono, ela foi me ensinando como fazer, e até que com os dois meses ele conseguiu mamar sem a chuquinha”. (P12)

“Depois também, eles pediram pra mim amamentar ela no peito, ver se eu conseguia, ver se ela ia ter sucção boa. Pra eles avaliar, a fono”. (P16)

“Ela nasceu de oito meses, então ela não tinha ainda, para os médicos, mas só que conforme ela passou pela avaliação da fono, eles avaliaram e viram que ela tinha uma boa sucção”. (P16)

Com isso, é importante a presença dos profissionais de saúde para orientar e ajudar as mães de RNPT a conseguirem estimular o RN a realizar uma boa sucção e obter sucesso nesse processo.

Alguns RNPTs, pelas condições clínicas, não poderão iniciar o processo de alimentação diretamente ao seio materno, e a falta de estimulação da mama somada ao ambiente estressante da UTIN poderá prejudicar a produção láctea desta mãe.

Com isso, a utilização da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (BLH-BR) é de suma importância para a manutenção do leite materno. Os bancos de leite humano (BLH) são um diferencial no aleitamento materno. A BLH-BR foi criada pelo Ministério da Saúde, desenvolvida pela Secretaria de Políticas de Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz (Instituto Fernandes Figueira) (CARVALHO; GOMES, 2017).

É extremamente importante que as mães de RNPT sejam orientadas e estimuladas a frequentar o Banco de Leite, como é possível observar nas narrativas abaixo.

“Aí eu fui pro banco de leite, e eles me ajudaram bastante, eu fiquei umas três, nossa eu ficava três horas lá, muito tempo com eles tentando tirar meu leite, acabei virando doadora por um tempo. Aí, foi que eles me ajudaram, aí quando, às vezes quando eu tinha dificuldade na neo, pedia pra chamar o banco de leite pra eles me ajudarem”. (P4)

“Mas antes disso, eles me orientaram eu doei leite pro banco de leite durante muito tempo”. (P13)

“Assim que ela nasceu, eles logo me disseram, né, pra mim ir no banco de leite, pra mim doar. Eu fui até lá, chegava lá era tudo bonitinho, botava touca, roupa, no começo elas me ajudavam, é só na mão mesmo, não tem bombinha não tem nada, elas me ajudavam, me ensinavam. Depois eu chegava lá normalmente e eu mesmo tirava, entendeu, tirava o que tinha pra tirar, e elas até guardavam”. (P13)

“As enfermeiras me orientou pra ir lá no banco de leite pra doar, entendeu. Aí eu tive que ir doar meu leite, porque ela não mamava”. (P14)

“No primeiro dia eu tive leite, aí as meninas do leite, né, subiram lá em cima, fizeram massagem, espremeram, espremeram, espremeram”. (P17)

Os BLHs são responsáveis pelas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e pela execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, como foi visto nas narrativas acima, além de também ser responsáveis pelo processamento, controle de qualidade e distribuição (CARVALHO; GOMES, 2017).

Os profissionais que atuam no BLH devem ser capacitados e treinados para que as nutrizes sejam capazes de realizar a ordenha manual tanto no banco de leite quanto em domicílio, quando tiverem alta da maternidade.

Mesmo diante de profissionais que contribuem para o sucesso do processo de aleitamento materno dentro da UTIN, existem também aqueles que contribuem para o insucesso, ocasionando o desmame precoce.

Ainda existem profissionais que utilizam a chuquinha ou mamadeira para alimentar os RNPTs, mesmo sabendo por meio de estudos científicos que o uso de bicos artificiais prejudica a sucção do bebê, além de reduzir o tempo de aleitamento materno, pois causa uma confusão de bicos provocada pela mudança das posturas orais e a forma de sucção. As narrativas abaixo comprovam a orientação para utilizar a chuquinha ou mamadeira.

“Aí quando ela completou um quilo e seiscentos e noventa, mais ou menos, elas, eu não dormia aqui, porque não podia dormir aqui, aí as enfermeiras foi e deram chuquinha pra ela”. (P13)

“Aí os médicos pediu pra, porque ela chorava demais, com muita fome, aí os médicos pediram pra dar no copinho e na chuquinha, (...) ela mamou na chuquinha”. (P13)

“Aí eu dava o peito e eles complementavam na chuquinha”. (P16)

Sempre que não for possível a presença da mãe na UTIN, é importante que a equipe multiprofissional escolha o instrumento de alimentação para o RNPT utilizar que cause menos impacto no aleitamento materno, evitando o desmame precoce.

A técnica utilizada na ausência temporária da mãe na UTIN é a alimentação com auxílio do copo, indicado pelo Ministério da Saúde.

A diferença entre a mamadeira e o copo, é que no copo o bebê apresenta abertura de boca e língua anteriorizada para lambe o leite, realizando movimentos semelhantes aos da amamentação. Já na mamadeira, o bebê adquire uma abertura de boca mais fechada para alcançar o bico. Dessa maneira, o bebê pode voltar a ser amamentado pela mãe e não ocasionará a confusão de bicos (CARVALHO; GOMES, 2017).

Quanto à utilização do copo, observa-se nas narrativas abaixo:

“Que eles davam aqui mesmo no hospital, no copinho, tomava no copinho”. (P1)

“Aí tinha horas que ele não pegava no peito, aí tinha que dar no copinho”. (P1)

“E durante o dia quando eu ficava aqui com ele, era, vamos dizer assim, eu chegava aqui seis horas entrava na neo sete horas, ele mamava no peito nove horas da manhã, aí dava peito e depois ele pegava o copinho”. (P7)

A alimentação com o copo é um método temporário que utiliza um copo pequeno contendo o leite materno, substituindo o uso da mamadeira. O ideal é que o bebê sugue diretamente ao seio materno, porém, quando a mãe não está presente por algum motivo, esse é o melhor método. Além disso, se precisar complementar a amamentação é utilizado também o copo, realizando a ordenha do próprio leite materno.

Para o sucesso da amamentação do RNPT, é necessário um acompanhamento especializado após a alta hospitalar. É importante realizar consultas periódicas para avaliar o desenvolvimento, crescimento com o ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico. Além disso, deve-se observar a amamentação direta ao seio materno, avaliando a pega correta e reforçando para a mãe a importância do leite materno para o crescimento e desenvolvimento infantil (CARVALHO; GOMES, 2017).

Porém, a maioria dos RNPTs tem alta hospitalar com prescrição de aleitamento materno misto, leite materno associado ao leite artificial para complementar a alimentação. As narrativas abaixo mostram a prescrição de leite artificial como complemento.

“Dei o leite NAN®. O leite que eles passaram aqui no hospital”. (P15)

“Eu dei o leite NAN® porque eles passaram aqui no hospital, porque não estava dando mais leite no peito”. (P15)

Segundo o Quadro 6, apresentado na caracterização das participantes localizado nas páginas 57 e 58 deste estudo, a manutenção da lactação a partir do tipo de alimentação prescrita na alta hospitalar foi controversa, pois das 17 crianças do estudo, apenas três saíram com prescrição de aleitamento materno exclusivo, enquanto dez crianças saíram com prescrição de leite materno associado ao complemento de leite artificial.

Isso mostra que a vulnerabilidade programática para o desmame precoce desse RNPT acontece também por causa dos profissionais de saúde. Eles ajudam a contribuir para o desmame, não que eles não acreditem nos benefícios do leite materno, mas não valorizam, pois estão mais preocupados com o ganho de peso para alta hospitalar. Há de se ressaltar que a referida unidade não possui o título de Iniciativa Hospital Amiga da Criança (IHAC).

Dessa forma, eles não vislumbram as possíveis repercussões para a saúde da criança em longo prazo, além dos impactos que podem gerar na vida dessa família, como biológicos na criança, emocionais no vínculo mãe e filho e econômicos, devido aos custos elevados, pois é uma população vulnerável economicamente.

Uma estratégia protetora e promotora do aleitamento materno em RNPT é o Método Canguru, que não é utilizada no cenário da pesquisa. Esse método ocorre em três etapas, sendo a terceira etapa no domicílio, direcionada ao RN de risco.

O objetivo do aleitamento materno no Método Canguru é garantir o aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar. Porém, a amamentação inicia antes de o bebê ter

condições de mamar diretamente ao seio materno. O processo inicia no acolhimento dessa família dentro da UTIN, propiciando condições favoráveis para que a mãe permaneça junto ao seu filho e inicie o contato pele a pele, os cuidados com o filho, a ordenha do leite e a alimentação do bebê o mais precocemente possível (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, a segurança para cuidar do seu filho e o vínculo irão se fortalecer, contribuindo para o sucesso da amamentação no pós-alta. Mas, para que isso aconteça, é importante que a equipe multiprofissional trabalhe integrada em prol da amamentação.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar a vivência do processo de alimentação de recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir da narrativa de vida da mulher-mãe. A análise de suas entrevistas mostrou que o processo de alimentação é desafiador, pois, em primeiro lugar, se quer que a criança sobreviva, sendo o aleitamento materno uma das etapas.

O método narrativa de vida proporcionou uma abertura de olhar no processo de alimentação dos filhos nascidos pré-termo. Além disso, mostrou que a experiência da internação na UTIN está diretamente relacionada com a alta hospitalar.

Este estudo permitiu ampliar minha visão acerca do processo de alimentação de um RNPT, pois a vivência dessas mulheres-mães mostrou que elas acabam por desmamar precocemente seus filhos por toda uma conjuntura, desde a estrutura da unidade hospitalar até a realidade socioeconômica.

Isso permitiu que o objetivo do estudo fosse alcançado, indo além do processo de aleitamento materno e ampliando para o processo de alimentação. Porém, pôs em evidência a fragilidade do profissional de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Observa-se que o enfermeiro foi pouco citado pelas participantes, ou por não estarem atuando de forma próxima a essas mães, ou por não se colocarem em evidência nos cuidados e orientações realizados com os RNPTs a ponto de serem reconhecidos.

Com base no conceito de vulnerabilidade de Ayres, observou-se que o recém-nascido pré-termo é vulnerável ao desmame precoce nos três eixos: vulnerabilidade individual, relacionada à condição do nascimento pré-termo, sendo caracteristicamente um recém-nascido pequeno e frágil; a vulnerabilidade social, relacionada às influências da rede social e aspectos socioeconômicos; e a vulnerabilidade programática (ou institucional), relacionada aos profissionais de saúde que orientam a alimentação mista pela característica da unidade que não possui o título de Iniciativa Hospital Amiga da Criança.

Vale ressaltar que o leite materno é considerado o “ouro branco” da alimentação dos recém-nascidos, inclusive o recém-nascido pré-termo. É sabido que alguns fatores contribuem para o desmame precoce, como a dificuldade no manejo da amamentação e fatores socioeconômicos.

Com relação aos RNPTs, podem-se incluir para o desmame fatores como: o impacto do parto prematuro, afastamento do binômio mãe-bebê, o aleitamento materno com início tardio, ausência de orientações quanto ao processo de aleitamento materno, mitos como a necessidade da mamadeira e outro tipo de leite para o ganho de peso e a falta de estimulação dos profissionais que estão nesse processo.

A população do século XXI ainda sofre com os preconceitos de uma sociedade contemporânea e capitalista, na qual ainda existem o desmame precoce, os tabus quanto ao processo de alimentação e as políticas industriais disponibilizando inúmeras marcas de leite artificial, ditando as regras do mercado.

São necessários uma conscientização e um amplo conhecimento acerca do aleitamento materno, garantindo a manutenção pelo maior tempo possível. Assim, a mãe de RNPT irá oferecer de forma gratuita ao seu filho o que ela tem de mais importante: o leite materno.

Apesar de saber que o leite materno possui inúmeras vantagens, além de qualidade de vida, as dificuldades enfrentadas serão muitas. Faz-se necessário observar alguns fatores que serão facilitadores desse processo.

A permanência da mãe na UTIN é um fator facilitador do processo de alimentação, pois, além de constituir o vínculo, ela irá acompanhar a evolução do seu filho, podendo participar da rotina, estabelecendo uma relação de confiança com toda a equipe multiprofissional, principalmente o enfermeiro.

O treinamento profissional para todos da equipe de saúde envolvidos nesse processo também é um elemento facilitador. É importante que as unidades hospitalares ofereçam capacitação em aleitamento materno e seus benefícios, para que o incentivo seja irrestrito e embasado em evidências científicas.

Além disso, o acompanhamento desses RNPTs no ambulatório de *follow-up* irá contribuir para a continuidade do aleitamento materno, para que o objetivo seja alcançado após a alta hospitalar, visto que os desafios podem interferir no sucesso do processo. E se possível, que o acompanhamento seja realizado pelos profissionais que acompanharam o binômio no período de internação.

Finalmente, o processo de alimentação de RNPT é um desafio constante, tanto para as mulheres-mães quanto para os profissionais de saúde. Portanto, as unidades hospitalares devem atuar de maneira acolhedora e protetora durante a permanência de interação, o que irá beneficiar no pós-alta hospitalar, não se perdendo o foco do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido da natureza**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, J. A. G. de; GOMES, R. Amamentação: um híbrido da natureza. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p.71-76, jul. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13893.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p.123-138, fev. 2003. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaidsabia/images/BIBLIOTECA/_MIGRAR/Prevencao-pares.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2017.

AYRES, J. R. C. M. et al. **O Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde**. [S.l.]: [20--?]. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade_Ayres_e_cols.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

AZEVEDO, M.; CUNHA, M. L. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Revista do Hospital de Clínicas e da Faculdade de Medicina**, [Porto Alegre], v. 1, n. 33, p. 40-49, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/37653/25670>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BAPTISTA, S. S. et al. Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1036-1046, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750623017>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERTAUX, D. **Narrativas de Vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Paulus, 2010.

BRAGA, D F; MACHADO, M M T; BOSI, M L M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Revista de Nutrição: Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 3, p.293-302,

maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a04v21n3.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRAGA, P. P.; ALMEIDA, C. S.; LEOPOLDINO I. V. Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 2, p.151-158, mai/ago, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/177>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n^o 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 21 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n^o 930, de 10 de maio de 2012. **Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 12 de ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – cuidados com o recém-nascido pré-termo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 4v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde - Cuidados Gerais** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 1v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BOSI, M. L. G.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp: Escola de Saúde Pública do Ceará**, [S. l.], v. 1, n. 11, p.17-25, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.aleitamento.com.br/upload/arquivos/arquivo1_1688.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CODO, C. R. B. **Amamentação do recém-nascido pré-termo: olhar materno**. 2002. 202 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CRUZ, M. R. SEBASTIÃO, L. T. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.76-84, mar. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19362>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Consultoria para realizar pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas.** [S. l.]: UNICEF, 2013. Consultor: Cesar Victora. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_anexo2.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança:** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da criança: curso de 20 horas para Equipes de Maternidade. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

GALVÃO, C. M. Níveis de Evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 2, n. 19, 2006. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2017.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.19-24, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100003>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MELO, L. M. et al. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.l.], v. 14, n. 3, p.512-520, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3423>>. Acesso em: 01 jan. 1901.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mãe e pai poderão acompanhar seus bebês por 24h no hospital.** 2014. Blog da Saúde. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/33981-mae-e-pai-poderao-acompanhar-seus-bebes-por-24h-no-hospital.html>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

NASCIMENTO, R. F. **Dificuldades no processo de aleitamento materno de recém-nascidos internados em UTI neonatal:** uma revisão de literatura. 2010. 11f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, G. P. **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: características e intervenção humanizada.** Artigo científico elaborado a partir do manual de artigo científico do Atheus Grupo Educacional e das Normas da ABNT solicitado no curso de Pós-Graduação em 2012. Faculdade Meta, 2012.

REIS, K. S. et al. Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Nutrir Gerais**, Revista Digital de Nutrição, Ipatinga, v. 2, n. 3, ago./dez. 2008. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_6_rng_programas_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

RODRIGUES, A. P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 1, p.253-264, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a29.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ROLIM, K. M. C. et al. Percepção das mães sobre aleitamento em prematuros da unidade canguru de uma maternidade de Fortaleza - CE. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p.54-63, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4998>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SANTOS, A. G. dos. **O aleitamento materno na prematuridade tardia.** 2014. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SANTOS, I. M. M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência enfermagem neonatal.** 2009. 244 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009

SANTOS, T. A. S.; DITZ, E. S.; COSTA, P. R. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p.438-450, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/220>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SASSÁ, A. H. et al. A prática alimentar e o crescimento do bebê nascido com muito baixo peso ao longo do primeiro ano de vida: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3074>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SCHEEREN, Betina et al. Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 24, n. 3,

p.199-204, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912012000300003>.
Acesso em: 10 jun. 2016.

SIEBEL, S. C. et al. Vivência das mães na amamentação do recém-nascido pré-termo. **Revista Espaço para a Saúde: Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina**, v. 15, n. 3, p.53-64, jul./set. 2014. Disponível em:
<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18697>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SILVA, E. F.; MUNIZ, F.; CECCHETTO, F. H. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 2, n. 2, p.434-441, 14 ago. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3244>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C.. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.50-59, mar. 2014. Disponível em: <<http://prolactare.com/wp-content/uploads/2016/07/am-em-prematuros.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SILVA, L. R. et al. Fatores sociais que influenciam a amamentação de recém-nascidos prematuros: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.11, n.1, p.40-52, abr. 2012. Disponível em:
<www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/3528/1286>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.108-115, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SOUZA, C. B.; SANTO, L. C. E. S.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil**. 2010. Disponível em:
<http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2418.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SOUZA, J. O.; OOKA, L. Y. M.; NASCIMENTO, R. F. **A influência das informações para o desmame precoce: uma contribuição para a enfermagem**. 2008. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

UEMA, R. T. B. et al. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe.
Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 199-208, ago. 2015.
Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19272>>.
Acesso em:
10 jun. 2016.

APÊNDICE A – Formulário da Entrevista

Entrevista nº: _____ N° do prontuário: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome (iniciais): _____
 Idade: _____ Bairro onde reside: _____
 Renda Familiar _____ Situação conjugal: _____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____
 Recebe Benefício: _____

Dados da mãe:

G _____ P _____ A _____.

N° de consultas de pré-natal: _____. Onde fez: _____

Tipo de parto: _____

Intercorrências na gravidez: _____

Medicação que fez uso: _____

Como manteve a lactação no puerpério? _____

Fez ordenha do LHO?

Dados do recém-nascido:

Data do nascimento: ____/____/____. Idade atual: _____ Peso atual: _____

IG do nascimento: _____ Peso ao nascer: _____

Apgar: _____

Diagnóstico / Motivo do parto pré-termo: _____

Tempo de internação na UTIN:

Medicações utilizadas:

Tratamento: _____

Tempo de tratamento: _____

Forma de alimentação: _____

Na alta hospitalar: manteve aleitamento materno exclusivo? _____

Qual alimentação atual: _____

Observações:

QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA:

Fale-me sobre sua vida que tenha relação com o processo de amamentação do (nome do filho recém-nascido pré-termo)

Impressão do pesquisador:

APÊNDICE B – Recorrência das Unidades Temáticas nas Narrativas de Vida

| IDADES TEMÁTICAS | RECORRÊNCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | E9 | E10 | E11 | E12 | E13 | E14 | E15 | E16 | E17 | |
| 1- Aleitamento materno com início tardio. | 1 | | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | | | 6 |
| 2- Sucção débil. | 4 | | 4 | | | | | | | 2 | 2 | | 1 | 3 | | 1 | | 17 |
| 3- Sucesso do aleitamento materno. | 2 | 3 | 4 | | 3 | | | | 1 | 2 | | 2 | | | | 2 | | 19 |
| 4- Introdução do complemento. | 2 | | 1 | | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | 2 | | 11 |
| 5- Oferecimento do complemento através do copinho. | 3 | | | | | | 1 | | | | | | 3 | | | 1 | | 8 |
| 6- Horário estabelecido das mamadas (leite materno). | 1 | | | 1 | 2 | | 1 | | | | | | | | 1 | 4 | | 10 |
| 7- Livre demanda. | 2 | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | 4 |
| 8- Bebê guloso. | 2 | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 5 |
| 9- Introdução / permanência da mamadeira. | 3 | | 3 | | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | | 1 | | | | | | | 16 |
| 10- Introdução de outros alimentos na dieta da criança. | 1 | | 1 | | 3 | | | 1 | | 3 | | | | | | | | 9 |
| 11- Interrupção da produção de leite materno. | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | 2 | | 6 | 10 |
| 12- Dificuldade de amamentação devido a formação do mamilo. | 2 | | | 2 | | | 2 | | | 1 | | 1 | | | | | | 8 |
| 13- Utilização da sonda orogástrica. | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | 2 | | | 1 | 1 | 5 | | 1 | 3 | 1 | 18 |
| 14- Comparação com o filho anterior. | 1 | | | | | 1 | | 4 | | | | | | | | | | 6 |
| 15- Orientação de profissionais de saúde na dificuldade em amamentar devido a formação do mamilo. | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 16- Mamas puerperais. | 1 | | | 2 | 1 | | | | | 1 | | 1 | | 2 | 1 | | | 9 |
| 17- Marca do leite artificial. | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | 3 |
| 18- Desmame da sonda orogástrica. | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 2 |
| 19- Preocupação com a internação da UTIN. | 1 | | | | | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | 4 |
| 20- Alta da UTIN. | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | 4 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|--|---|---|--|---|
| 85- Semelhança física da filha com o pai. | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 86- Vida sofrida e com muita batalha. | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 87- Separação mãe e bebê após o nascimento. | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | 2 |
| 88- Tempo de internação na UTIN. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | 2 |
| 89- Transferência de unidade para realização de procedimentos (exemplo: cirurgia cardíaca). | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 90- Recusa do peito pelo bebê. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 91- Transição da chuquinha para mamadeira. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 92- Frustração da alta para casa. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 93- Adaptação em casa após a alta. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 94- Livre demanda da mamadeira. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 95- Adaptação da mamadeira. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 96- Sono e repouso da criança em casa. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 97- Orientação da médica para aumentar a produção láctea. | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 98- Doação de leite materno por outra pessoa. | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 2 |
| 99- Transferência de unidade. | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 100- Armazenamento de leite materno no congelador. | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 101- Exames para liberação do leite materno. | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 102- Transição da chuquinha para o seio materno. | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | 3 |
| 103- Preocupação com a alimentação através do seio materno após a alta. | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 104- Oferecimento do leite materno através da chuquinha. | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| 105- Estratégia para iniciar a amamentação em casa, estimulando a sucção do filho. | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| 106- Estratégia para mamas ingurgitadas. | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|---|---|---|
| 125- Comparação do desenvolvimento infantil de uma criança nascida a termo com uma criança nascido pré-termo. | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| 126- Cobrança do meio social para um desenvolvimento normal. | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 2 |
| 127- Estratégias para manter o prematuro acordado para mamar. | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | 2 |
| 128- Comparação da sucção do recém-nascido a termo e o recém-nascido pré-termo. | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| 129- Mitos e lendas para aumentar a produção do leite materno. | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 |
| 130- Leite artificial não sustenta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 |
| 131- Importância do resumo da alta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 |
| 132- Internação da mãe por antibioticoterapia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| 133- Frustração em não poder doar o leite materno. | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |

Fonte: Próprio autor.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: O processo de amamentação de recém-nascidos pré-termo egressos da unidade de terapia intensiva neonatal: narrativa de vida das mulheres-mães

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar a vivência do processo de aleitamento materno da mulher-mãe de filho recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal após a alta hospitalar, a partir da sua narrativa de vida.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde sobre o processo de aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no tratamento do seu filho.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em grupo e/ou de uma entrevista individual que durará aproximadamente 30 minutos, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio (MP4). O áudio será ouvido por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. O áudio será utilizado somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará no processo de aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes – HEAPN, onde a pesquisadora **Renata Fontes do Nascimento** possui vínculo como aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, sob a orientação da **Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora principal no telefone (21) 98766-7555, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (021) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de

contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Endereço _____

Data: ____/____/____. Telefone: (____)_____.

Assinatura do pesquisador (a)

Data: ____/____/____.

ANEXO B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Para Menores de 12 a 18 Anos - Resolução 466/12)

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **“O processo de amamentação de recém-nascidos pré-termo egressos da unidade de terapia intensiva neonatal: narrativa de vida das mulheres-mães”**. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Renata Fontes do Nascimento, residente na Avenida Dom Hélder Câmara 9.098 apto 705, Piedade - Rio de Janeiro-RJ, CEP: 21.380-007, Telefone: (21) 98766-7555, E-mail: renatafn@yahoo.com.br e está sob a orientação de: Inês Maria Meneses dos Santos Telefone: (21) 98474-0384 e-mail: inesmeneses@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que você não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento para participar. Você será esclarecido (a) sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é para ser entregue aos seus pais para guardar e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa objetiva analisar a vivência do processo de aleitamento materno da mulher-mãe de filho recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal após a alta hospitalar, a partir da sua narrativa de vida.
- Sua participação na pesquisa acontecerá em único momento, através de um questionário para traçar o seu perfil sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada.
- RISCOS a pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Contudo, a pesquisa está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma situação que pode ser incômoda.
- BENEFÍCIOS a participação na pesquisa é voluntária, permitindo a sua desistência a qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo ou penalidade. A entrevista ajudará a aprimorar a assistência de Enfermagem as mulheres-mães durante o processo de aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa mediante entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UNIRIO que está no endereço: Av. Pasteur, 296, Urca, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 22290-150, Tel: (21) 2542-7796.

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“O processo de amamentação de recém-nascidos pré-termo egressos da unidade de terapia intensiva neonatal: narrativa de vida das mulheres-mães”**. Como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Assinatura do (da) menor

Local: _____

Data: ____/____/____.



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

| | |
|-------------|-------------|
| Nome | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |

**ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Para Responsáveis dos Participantes Menores de 18 Anos)**

ESCLARECIMENTOS: O objetivo deste é solicitar o consentimento do pai, mãe ou responsável para autorizar a participação de seu filho (ou do menor sob sua guarda), como voluntário (a) na presente pesquisa intitulada: **“O processo de amamentação de recém-nascidos pré-termo egressos da unidade de terapia intensiva neonatal: narrativa de vida das mulheres-mães”**. Ressalta-se que a participação do menor tem como finalidade oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde com filhos submetidos ao tratamento fototerápico. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no tratamento do seu filho.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é analisar a vivência do processo de aleitamento materno da mulher-mãe de filho recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal após a alta hospitalar, a partir da sua narrativa de vida.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: O menor participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 30 minutos e responderá um questionário para traçar o perfil do pesquisado, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio (MP4). O áudio será ouvido por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. O áudio será utilizado somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará no processo de aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

RISCOS: A pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Contudo, a pesquisa está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma situação que pode ser incômoda.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Sua participação é voluntária, o que significa dizer que você poderá desistir ou interromper a colaboração de menor a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo à saúde ou bem estar físico ou penalidade. Informamos também que a sua participação no estudo e a do menor são isentas de despesas e também não serão remuneradas.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo e anonimato. O nome do menor não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu

consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes – HEAPN, onde a pesquisadora **Renata Fontes do Nascimento** possui vínculo como aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, sob a orientação da **Profª Drª Inês Maria Meneses dos Santos**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora principal no telefone (21) 98766-7555, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (021) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E DO RESPONSÁVEL:

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Nome do menor ou incapaz: | Data de Nascimento: / / |
| Nome do responsável: | Data de Nascimento: / / |
| Profissão: | Nacionalidade: |
| RG: | CPF: |
| Endereço: | Telefone: |

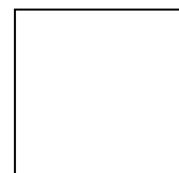
Eu, responsável pelo menor acima identificado, autorizo sua participação, como voluntário (a) no presente estudo. Discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em autorizar a sua participação e estou ciente dos esclarecimentos acima apresentados. Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do responsável

Local: _____

Data: ____/____/____.



Discuti a proposta da pesquisa com este (a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura do pesquisador (a)

Local: _____

Data: ____/____/____.

ANEXO D – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO EGRESSOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: NARRATIVA DE VIDA DAS MULHERES-MÃES

Pesquisador: RENATA FONTES DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60849316.1.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.789.774

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem por temática o aleitamento materno (AM) de recém-nascidos pré-termo. O aleitamento materno de um recém-nascido pré-termo (RNPT) é essencial, pois o leite materno possui componentes diferenciados para o aporte proteico-calórico e suas propriedades imunológicas são diferenciadas, quando comparadas a uma mãe que teve um filho a termo. São inúmeras vantagens do leite materno nos RNPT, pois atende todas as necessidades nutricionais dessa criança de acordo com a idade gestacional. O RNPT pode encontrar dificuldades na sucção, sendo mais débil e complicando este processo, em virtude de sua imaturidade neurológica e muscular. Além disso, o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) se torna estressante, desgastante, com muita tecnologia, as quais acarretam dificuldades em prestar a humanização e exercer a integralidade no atendimento ao RNPT e sua família, principalmente à sua mãe. Para essas mães, a sucção diretamente ao seio materno é o fator de sucesso para manter a lactação eficaz. Importante salientar, que um dos critérios para a alta hospitalar do RNPT é a capacidade de se alimentar, preferencialmente pelo aleitamento materno. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, utilizando o método de narrativa de vida. Jodelet (2003) destaca que as abordagens qualitativas se caracterizam pela preocupação em compreender a maneira de agir e pensar das pessoas. Os dados utilizados neste estudo serão coletados em uma

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.789.774

instituição pública de saúde, localizada no Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital geral, referência na Baixada Fluminense, que possui uma maternidade para atendimentos de alto risco materno e neonatal. Este campo apresenta uma Unidade Neonatal com capacidade para 20 leitos (12 leitos UTI neonatal e 8 leitos UI neonatal). As participantes deste estudo serão 12 mulheres-mães dos RNPT egressos da UTIN do hospital escolhido, que no momento encontram-se em seguimento no ambulatório de Follow Up da referida unidade. Os dados serão coletados através de um instrumento de coleta de dados dividido em duas partes: 1ª) questionário para a caracterização das participantes da pesquisa, a fim de traçar o perfil sócio-demográfico, obstétrico e neonatal para ajudar no entendimento das Narrativas de Vida. 2ª) Entrevista aberta como que "uma combinação de escuta atenta e questionamento por que o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma enquanto conta" (BERTAUX, 2010). A entrevista terá como pergunta norteadora: "Fale-me sobre sua vida que tenha relação com o processo de amamentação do (nome do filho recém-nascido pré-termo)".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a vivência do processo de aleitamento materno da mulher-mãe de filho recém-nascido pré-termo egresso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal após a alta hospitalar, a partir da sua narrativa de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: As perguntas podem causar incômodo à participante, porque as informações coletadas a partir da experiência vivenciada podem causar danos emocionais e psicológicos.

Benefícios: A pesquisa ajudará no processo de aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo, mas não será, necessariamente, para benefício direto da participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados pela pesquisadora estavam adequados quanto a sua apresentação para avaliação do Projeto neste Comitê.

Recomendações:

Recomendo a realização da Pesquisa por sua pertinência e relevância científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram apresentadas informações necessárias para realização do projeto de pesquisa. Atende aos

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.789.774

fundamentos éticos e científicos, tendo em vista o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolverem seres humanos, obedecendo todos os preceitos da Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso a pesquisadora realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_794519.pdf | 18/09/2016 17:29:13 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 18/09/2016 17:27:32 | RENATA FONTES DO NASCIMENTO | Aceito |
| Outros | carta_autorizacao_hospital.PDF | 16/09/2016 10:18:09 | RENATA FONTES DO NASCIMENTO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_detalhado.doc | 16/09/2016 10:17:39 | RENATA FONTES DO NASCIMENTO | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.docx | 16/09/2016 10:17:19 | RENATA FONTES DO NASCIMENTO | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 16/09/2016 10:16:28 | RENATA FONTES DO NASCIMENTO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 16/09/2016 10:16:14 | RENATA FONTES DO NASCIMENTO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pasteur, 295
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.789.774

RIO DE JANEIRO, 24 de Outubro de 2016

P/ Paulo Sergio Marcellini

Assinado por:

Cláudia Vieira de Castro Herculano
(Coordenador)

SIAPE 01332040
Coordenador do Comitê de Ética - UNIRIO

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com