UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
MATERNIDADE-ESCOLA - ME

NAIARA TATIELE MATOS FONSÊCA

TRANSIÇÃO PARA A VIA ORAL NA ALIMENTAÇÃO DE BEBÊS PREMATUROS: VIVÊNCIAS DAS MÃES E DOS PAIS

Rio de Janeiro
2015

NAIARA TATIELE MATOS FONSÊCA

TRANSIÇÃO PARA A VIA ORAL NA ALIMENTAÇÃO DE BEBÊS PREMATUROS: VIVÊNCIAS DAS MÃES E DOS PAIS

Monografia do Curso de Especialização em Pós- graduação em Atenção Integral à Saúde Materno- Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Enfª. Drª. Laura Johanson da Silva

Rio de Janeiro
2015

Fonsêca, Naiara Tatiele Matos
F733
Transição para a via oral na alimentação de bebês prematuros: vivências das mães e dos pais / Naiara Tatiele Matos Fonsêca. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2015.
68 f. : Il. ; 31 cm.
Orientador: Laura Johanson da Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.
Referências bibliográficas: f. XX-XX.
1. Prematuro. 2. Métodos de alimentação. 3. Aleitamento materno. 4. Família. 5. Fonoaudiologia. I. Johanson da Silva, Laura. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE-ESCOLA

TRANSIÇÃO PARA A VIA ORAL NA ALIMENTAÇÃO DE BEBÊS PREMATUROS: VIVÊNCIAS DAS MÃES E DOS PAIS

NAIARA TATIELE MATOS FONSÊCA

Monografia do Curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

_____

Drª. Laura Johanson da Silva

_____

MS. Vania Pavão da Silveira

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2015.

Dedico este trabalho a todas as mães e a todos os pais que vivem ou viveram dias e dias em uma Unidade Neonatal. Aos que sofreram e aos que saíram vitoriosos e, principalmente, aos que lutaram pela amamentação dos seus filhos. Dedico também aos seus bebês prematuros que desejam imensamente o aconchego dos seus pais.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus por me conceder esse enorme aprendizado ao realizar o presente estudo, ao me fazer trilhar esse caminho, ao me guiar, iluminar e fortalecer.

Agradeço a todos os participantes, mães, pais e bebês que compartilharam um pouquinho das suas vidas comigo e me possibilitaram viver essa experiência que me enobreceu.

Agradeço imensamente à Laura Johanson, minha orientadora, que disponibilizou seu tempo, seu olhar, seus ensinamentos a minha pessoa, buscando sempre oferecer o seu melhor! Pode ter certeza que cresci e aprendi muito com você. Sem você esse trabalho não seria possível.

À minha família que mesmo de longe sempre torce por mim, confia e se orgulha!

À Maternidade-Escola por me ceder o espaço e a todos os profissionais que lá trabalham que foram atenciosos comigo e me ajudaram neste estudo.

A minha turma que me ajudou a dividir os meus pensamentos e sentimentos sobre o estudo.

À colega e professora Rosane Elisa Pecorari por me inserir na prática fonoaudiológica neonatal ampliando os meus conhecimentos e me dando a oportunidade dessa vivência.

Aos meus amigos que de longe me apoiaram!

E a todas as outras pessoas que de alguma maneira contribuíram para a realização desse estudo.

RESUMO

FONSÊCA, N. T. M. **Transição para a via oral na alimentação de bebês prematuros: Vivências das mães e dos pais.** Monografia. Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

Este trabalho teve como objeto de estudo as vivências maternas e paternas acerca da transição para a via oral em bebês prematuros hospitalizados na Unidade Neonatal. O objetivo geral foi compreender essas vivências e os objetivos específicos foram evidenciar os significados atribuídos pelos pais a este processo de transição e descrever essas vivências em relação as técnicas e cuidados dos profissionais. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso e descritivo. Os sujeitos participantes foram sete mães, dois pais e dez bebês prematuros. O cenário do estudo foi a Maternidade-Escola da UFRJ. Os dados foram coletados a partir da entrevista semiestruturada, dos prontuários neonatais e maternos e da observação com anotações no Diário de Campo. Para tratamento dos dados foi utilizada a técnica Temática-Categorial proposta por Oliveira (2008) baseada na Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Mediante a codificação das unidades de registro e das unidades de significação, emergiram duas categorias: a) Vivendo a transição dos dias de hospitalização: os desafios diante da prematuridade e b) Vivendo a transição da sonda para a alimentação oral: os desafios de sugar e amamentar. Em relação à categoria a), constatou-se que os pais, em geral, se sentem preocupados com o quadro clínico, mas confiam no atendimento e acreditam na necessidade de toda a assistência para benefício do filho prematuro, havendo a valorização da assistência voltada para amamentação. Sentiram-se bem atendidos, porém com pontos de desinformação. Fatores como ganho de peso, controle dos sinais vitais, transferência do local de internação, tempo de hospitalização, condições da saúde materna pós-parto e escassez de recursos humanos fazem parte do conjunto de elementos que caracterizam o ambiente na Unidade Hospitalar. Referente aos sentimentos e emoções identificou-se ansiedade para amamentar, sofrimento diante do falecimento e do risco de vida na prematuridade, desorientação e fortalecimento emocional para conseguir lidar com as situações pertinentes. A construção dos laços afetivos ocorre neste contexto e a valorização da participação paterna também. Em relação à categoria b), a sonda, em síntese, é vista de maneira negativa e, ao mesmo tempo, aceitável; as mães são mais envolvidas com as técnicas e não demonstraram nenhuma preferência; todos os sujeitos manifestaram o desejo de ter o seu filho prematuro mamando no peito; foram mencionadas a necessidade de aprender a sugar, as dificuldades quanto à amamentação , os seus benefícios e experiências e o planejamento quanto a alimentação e vida futura do filho prematuro. Os dados também evidenciaram que os pais tendem a aceitar o que é determinado pela hospitalização, devendo-se ressaltar que isso ocorreu a respeito do tipo de aleitamento. Deve-se lembrar de que a família potencializa o cuidado, entretanto, a equipe multiprofissional de saúde precisa de um olhar cauteloso para/com esta, agregando-a de forma acolhedora e a absorver todas as suas contribuições na assistência neonatal.

Palavras-chave: Prematuro, Métodos de alimentação, Aleitamento materno, Família, Fonoaudiologia.

ABSTRACT

FONSÊCA, NTM. **Transition to oral feeding in premature babies: Experiences of mothers and fathers.** Monograph. Maternity School of the Federal University of Rio de Janeiro, in 2015.

This work had as object of study the maternal and paternal experiences about the transition to oral feeding in premature babies hospitalized in the Neonatal Unit. The overall goal was to understand these experiences and the specific objectives were to highlight the meanings attributed by parents to this process of transition and describe these experiences related techniques and care of professionals. It is a study of qualitative approach to the type case study and descriptive. The subjects were seven mothers, two fathers and ten premature babies. The study setting was the Maternity School of UFRJ. Data were collected from semi-structured interviews, data collection neonatal and maternal medical records and non-participant observation through the Field Journal. The data collected was used the Thematic Categorical-technique proposed by Oliveira (2008) based on Bardin's Content Analysis (1977). By encoding the registration units and units of significance emerged two categories: a) Living the transition from days of hospitalization: the challenges in front of prematurity b) Living the transition from tube to oral feeding: the challenges to suck and feed . For each category a), it was found that parents generally feel concerned with the clinical picture, but trust the service and believe in the need of any assistance to benefit the premature infant, with the enhancement of targeted assistance for breastfeeding . They felt well attended, but with some degree of misinformation. Factors such as weight gain, control of vital signs, transfer from the hospital, hospital stay, post-partum maternal health and lack of human resources conditions are part of the set of elements that characterize the environment in Hospital Unit. Referring to the feelings and emotions he identified anxiety to breastfeed, suffering before death and life-threatening in prematurity, disorientation and emotional strength to cope with the relevant situations. The construction of bonding occurs in this respect and the appreciation of parental participation as well. In category b), the probe, in short, is seen in a negative way and at the same time, acceptable; mothers are more involved with the techniques and showed no preference; all subjects expressed a desire to have their premature son sucking chest; were mentioned the need to learn to suck, the difficulties on breastfeeding and its benefits and experiences and planning as the power and future life of the premature infant. The data also showed that parents tend to accept what is given by the hospital and should be emphasized that this was about the type of feeding. It must be remembered that the family leverages careful, however, the multidisciplinary health team needs a wary look for / with this, adding it warmly and absorb all contributions in neonatal care.

Keywords: Premature, Feeding methods, Breastfeeding, Family, Speech Therapy.

SUMÁRIO

I.	**INTRODUÇÃO**	8
II.	**REFERENCIAIS CONCEITUAIS**	11
III.	**METODOLOGIA**	18
	a. Caracterização da amostra	22
	b. Aspectos éticos	28
IV.	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	29
V.	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	51
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A	
	APÊNDICE B	
	APÊNDICE C	
	APÊNDICE D	
	APÊNDICE E	

I. INTRODUÇÃO

A prematuridade é definida como o nascimento precoce de um bebê. O recém-nascido (RN) considerado prematuro é aquele com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas, ou seja, com até 36 semanas e seis dias de vida intra-uterina (COCHRAN, 2000; REZENDE FILHO, MONTENEGRO, 2010). No Brasil, pesquisas apontam o elevado número de nascimentos prematuros ao longo das últimas décadas (SILVEIRA, 2008) e de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) esse aumento também ocorreu nos últimos anos. Estudo recente ressalta que a proporção de nascimentos prematuros no país chega a 55% a mais do que em países de primeiro mundo, como a Inglaterra e o País de Gales (LEAL, 2014).

Um dos fatores causais da morbimortalidade infantil é a prematuridade (REZENDE FILHO, MONTENEGRO, 2010). Sabe-se que as taxas de mortalidade infantil no Brasil vêm sofrendo um decréscimo, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que divulgou, para o ano de 2013, taxa de 19,6 mortes para cada mil nascidos vivos, enquanto que no ano de 2000 essa taxa teve registro de 30,1 mortes.

Entre as principais estratégias para a redução da morbimortalidade está a promoção do aleitamento materno que se destaca na relação das metas internacionais para melhoria da saúde infantil. A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) defendem a importância do aleitamento materno durante a primeira infância. Em 1989 lançaram uma declaração conjunta denominada de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno na qual preconizaram Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (OMS, 1989). Ainda para fortalecer essa proposta criaram uma estratégia para sua implementação, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) cujo início no Brasil ocorreu em 1992 (TOMA, MONTEIRO, 2001).

Além destas iniciativas, o Ministério da Saúde normatizou em 2000 o Método Canguru, nascido na Colômbia em 1978. Este método está centrado na promoção da humanização da assistência ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso, assegurando o contato pele a pele entre mãe e bebê, como também, maior participação dos pais no cuidado ao seu filho (BRASIL, 2011a). A partir dessas estratégias, novas conquistas foram atingidas, como a Unidade Básica Amiga da Amamentação e o Banco de Leite Humano, com a intenção de valorizar cada vez mais a amamentação e demonstrar os benefícios proporcionados pelo leite materno.

O aleitamento materno de prematuros ainda é um desafio para os profissionais de saúde envolvidos na assistência neonatal. A imaturidade neurológica e fisiológica desses recém-nascidos e a inexistência de consenso na literatura sobre o momento ideal para início da amamentação evidenciam a dificuldade prática para esse manejo e o alto nível de complexidade na assistência neonatal (NASCIMENTO, ISSLER, 2004).

As mães de recém-nascidos prematuros sofrem com a internação do seu bebê, o que influencia diretamente na amamentação. Pesquisa realizada em São Paulo demonstrou que as mães sentem a prematuridade como desfavorável à manutenção da lactação e se sentem inseguras quanto à saúde de seu filho (SILVA, SILVA, 2009).

No apoio ao aleitamento materno de prematuros, técnicas[1] são utilizadas para realizar e favorecer a transição da alimentação por sonda para via oral, envolvendo a equipe multiprofissional e incluindo a fonoaudiologia, que tem participação ativa nessa tarefa. O objetivo principal dessa transição é a amamentação que promove um adequado desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios que são responsáveis pelo funcionamento motor-oral e pelas funções do sistema estomatognático[2], a sucção, deglutição, mastigação e respiração (NEIVA *et al.*, 2003).

Muitas vezes, ao fazer uso dessas técnicas, as fórmulas lácteas, conhecidas também como leite artificial, são introduzidas na alimentação dos bebês prematuros. De acordo com Moura (2010), não há nenhuma vantagem na substituição de leite humano por fórmulas infantis e/ou outros leites. Além do alto valor do investimento no uso das fórmulas, os benefícios do leite humano são indiscutíveis e essa substituição deve ser consciente e adotada como último recurso na alimentação de crianças.

Neste contexto, a motivação para a realização deste estudo fundamentou-se na problemática encontrada na transição da dieta da sonda para via oral na alimentação dos bebês prematuros. Muitos profissionais e serviços não ponderam as vivências maternas e paternas nesse momento e a transição é realizada sem que estes compreendam as técnicas utilizadas, as perspectivas para a amamentação, as necessidades do bebê, sem que as suas necessidades e sentimentos sejam considerados e todas as outras possíveis questões que envolvem esse processo. Nestes casos, a subjetividade durante o período é anulada perdendo-se a oportunidade de torná-lo mais humano para os pais e para os bebês prematuros.

---

[1] Essas técnicas serão especificadas nos referenciais conceituais deste estudo.

[2] Este sistema é definido nos referenciais conceituais deste estudo.

Assim, este estudo teve como objetivo geral a compreensão das vivências maternas e paternas envolvidas no processo de transição da alimentação por sonda para a via oral dos seus filhos prematuros e teve como objetivos específicos, evidenciar os significados atribuídos pelas mães e pelos pais a este processo e descrever suas vivências acerca das técnicas e cuidados dos profissionais. A partir desses objetivos buscou-se promover reflexões sobre essa fase tão importante e singular para a tríade pai-mãe-bebê e sobre a maneira como o fonoaudiólogo e a equipe multidisciplinar podem relacionar as potencialidades e significados destes pais com a prática na Unidade Neonatal.

A relevância deste estudo se encontra na efetividade e nos benefícios proporcionados pelo aleitamento materno referente aos aspectos imunológicos, nutricionais, sensório motores-orais, econômicos e psicológicos, tanto para o bebê quanto para a mãe, além da eficácia comprovada na redução das taxas de mortalidade infantil no Brasil. Com isso, as técnicas empregadas pelas equipes de saúde que atuam nos serviços neonatais para facilitar a prática da amamentação em prematuros são fundamentais e constituem um serviço de utilidade pública.

Somar conhecimentos que visem o melhor aproveitamento dessas técnicas, incorporando o olhar materno e paterno como fonte de reflexão, pode contribuir para a eficiência da atenção ao bebê prematuro, proporcionando subsídios para a atuação de uma equipe multidisciplinar e para a promoção do aleitamento materno exclusivo na situação de prematuridade.

Este estudo também poderá servir como fundamento para mudanças de paradigmas na assistência ao bebê prematuro no momento da transição para a via oral e ainda proporcionar, ao leitor interessado na temática, informações que poderão servir de base para mudanças na prática e melhor acolhimento das famílias nesse processo de alimentação do filho prematuro na Unidade Neonatal.

II. REFERENCIAIS CONCEITUAIS

Uma das principais preocupações no que se refere à prematuridade é a alimentação e nutrição desses bebês, sendo este um critério de alta hospitalar (SILVEIRA, 2012). A preparação para a alta hospitalar envolve a equipe multiprofissional e a família, além dos fatores ligados diretamente ao pré-termo como controle de temperatura corporal, alimentação via oral sem sonda e coordenação sucção, deglutição e respiração. Esses fatores são essenciais, mesmo que o RN não possua peso suficiente, entretanto para isso é necessário que os familiares estejam preparados para recebê-lo em casa e para exercer o cuidado diante das suas necessidades (SILVEIRA, 2012).

Sabe-se que o aleitamento materno provê ao bebê uma complexidade de componentes bioativos moduladores do desenvolvimento neonatal somado aos nutrientes indispensáveis para o crescimento (BRASIL, 2011a). Cada mãe produz o leite específico para o seu bebê, assim, o leite materno produzido por mães de prematuros é diferente do leite produzido por mães de RN a termo. Com isso, os profissionais de saúde envolvidos devem proporcionar orientações e um cuidado favorecedor da produção de leite materno (BRASIL, 2011a). O Banco de Leite Humano é uma estratégia criada a fim de fortalecer o aleitamento materno, principalmente, para as mães com dificuldades na produção láctea. Seus filhos podem receber o leite pasteurizado do banco para complementar a dieta prescrita (BRASIL, 2011a).

A alimentação é um dos fatores capazes de proporcionar saúde e qualidade de vida fornecendo, assim, base para o crescimento e desenvolvimento de um recém-nascido. As condições anátomo-fisiológicas que os acompanham são responsáveis pela complexidade de sua alimentação. De acordo com Hernandez (2001), a fisiologia da deglutição do RN é singular justificando-se pela necessidade de sucção antecedente ao ato. Anatomicamente as ligações entre as vias respiratórias e digestivas e a ausência de mecanismos compensatórios podem levar à aspiração muito significativa nesse período. Somado a isto, os recém-nascidos apresentam uma imaturidade dos reflexos orais culminando em uma descoordenação das funções de sucção, deglutição e respiração (SANCHES, 2010).

O Sistema Estomatognático é o responsável pelo desenvolvimento das funções descritas acima, além da mastigação e fonação. Composto por um conjunto de estruturas orais envolve a participação da mandíbula em todas essas funções (MELLO JUNIOR, ROMUALDO, 2010).

Em bebês prematuros, todos esses aspectos se agravam e a alimentação por via oral fica mais restrita até que haja o desenvolvimento da coordenação da sucção, deglutição e respiração que segundo Sanches (2010) se inicia por volta de 34 semanas de IG. Dessa forma, a sonda gástrica é o método de alimentação frequentemente utilizado na assistência neonatal, diminuindo os riscos ao recém-nascido prematuro como, por exemplo, broncoaspiração, perda de peso por baixa ingesta e gasto energético. A administração do alimento pode ocorrer via enteral, sendo considerado semelhante ao fisiológico, (XAVIER, 2004) e a alimentação pode ser administrada por via parenteral, na qual os nutrientes necessários à sobrevivência são introduzidos diretamente na corrente sanguínea (BERNALDO e SILVA, 1998 *apud* RODRIGUES, 2007).

Em meio a esta complexidade, o aleitamento materno possui grandes vantagens para o bebê sendo recomendado o mais precocemente possível a fim de garantir os benefícios com essa prática (SCOCHI *et al*, 2010). Estudo sobre os diferentes tipos de aleitamento evidenciou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo ocorre tanto em bebês a termo quanto em bebês pré-termo. Porém, os prematuros tiveram alta frequência do aleitamento misto, definido quando o bebê é alimentado através de leite materno e de leite artificial concomitantemente. A pesquisa comprovou a presença de associação entre o tipo misto de aleitamento e a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil (CRESTANI *et al.*, 2012).

Para o estabelecimento da lactação e da amamentação diante da prematuridade, são utilizadas algumas técnicas que possuem aplicabilidade e fins distintos como meios de intervenção fonoaudiológica para facilitar e favorecer a transição da dieta dos recém-nascidos por sonda para via oral. O objetivo desse profissional é o ajuste correto do sistema estomatognático à estimulação da alimentação oral de maneira eficaz e segura, juntamente à promoção ao aleitamento materno (ROCHA, DELGADO, 2007).

A técnica do *Cup Feeding* ou copinho é uma das mais utilizadas pelas equipes neonatais no Brasil. Para a realização da mesma é necessário que o bebê esteja em estado de alerta, sentado ou semi-inclinado e, segurando-o, deve-se estimular o lábio inferior com a borda do copinho. O objetivo é fazer com que o bebê retire o leite sozinho do copo com movimento anteroposterior da língua (SANCHES, 2010).

Vale ressaltar que a maioria dos fonoaudiólogos não recomenda o uso do copo para o aleitamento, pois esse método priva o bebê da melhor estimulação sensório motor-oral nessa fase do desenvolvimento, que é a sucção. Assim, a oportunidade de treinar os músculos envolvidos na alimentação oral, necessária para prevenir problemas posteriores de

alimentação, entre outros, é desfavorecida. Esses profissionais geralmente preferem o uso da mamadeira (NYQVIST, EWALD, 2006).

A utilização do bico artificial através da mamadeira, também conhecida como chuca, no processo de transição da alimentação para via oral também é frequente em hospitais (MEDEIROS, BERNARDI, 2011). Porém, é uma prática desaconselhada pela IHAC, pois acredita-se que ela dificulta a realização da pega do peito correta para o bebê, gerando a chamada "Confusão de bicos"[3] e favorecendo o desmame precoce (CARVALHO, 2010).

A técnica do *finger-feeding* ou "sonda-dedo" consiste em introduzir o dedo mínimo enluvado e com a polpa para cima, fixado a uma sonda gástrica, nº 4 ou nº 6, pela qual fluirá o leite proveniente da seringa ou copo. O leite deverá ser sugado pelo bebê que deve estar em estado de alerta em decúbito lateral ou semi-inclinado (SANCHES, 2010). De preferência deve ser realizada por um profissional especializado e pode ser útil para avaliar a coordenação sucção/deglutição/respiração de bebês com dificuldades neurológicas (ALMEIDA, 2010).

A translactação é outro método utilizado. Empregado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e no Método Canguru, essa técnica tem por finalidade proporcionar ao recém-nascido prematuro e/ou baixo peso a sucção do peito concomitante à sucção de uma sonda gástrica nº 4 acoplada a uma seringa (BRASIL, 2002). Esta seringa deve conter leite, preferencialmente humano e da própria mãe, pois o leite de cada mãe é apropriado para o seu bebê e totalmente adequado às necessidades nutricionais do lactente (BRASIL, 2010). Ao sugar, o recém-nascido faz a ingestão do leite ejetado pela mama e do leite que flui pela sonda proveniente da seringa (BRASIL, 2002). É indicado quando a mãe não tem produção de leite suficiente e/ou o bebê não possui ainda a competência necessária para a realização do aleitamento materno exclusivo (AQUINO, OSÓRIO, 2008). A técnica da translactação se aproxima das reais necessidades do bebê, além do que proporciona ao recém-nascido uma forma segura e prazerosa de se alimentar (ROSSETO, 2011).

Outras técnicas se assemelham a translactação sendo importante salientar as diferenças. Uma delas é a técnica da Mama Vazia, comumente chamada de Sonda-peito. Este método é considerado como um treino da sucção não-nutritiva porque o recém-nascido não mama efetivamente, o leite é primeiramente ordenhado e depois da realização da sucção na mama é ofertado através de sonda oro ou nasogástrica (SANCHES, 2010). É indicada para

---

[3] É definido como a dificuldade do bebê em realizar os mecanismos orais corretos para uma pega e ordenha adequadas.

auxiliar o início da amamentação de bebês pré-termos e patológicos que não conseguem retirar todo o leite necessário para um adequado suporte calórico, promovendo experiência precoce da sucção antes da retirada da sonda (SANCHES, 2010).

A relactação é outra técnica que envolve a sucção do peito quando a mãe não é capaz de ordenhar 2/3 do volume de leite prescrito para o recém-nascido (ROSSETO, 2011). É considerada uma forma efetiva para o restabelecimento da produção de leite (NASCIMENTO, ISSLER, 2004).

Visando obter dados mais consistentes sobre o melhor momento de início do processo de transição da alimentação por sonda para a via oral, desenvolveu-se um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início dessa nova forma de alimentação. Estudo testou a confiabilidade do método e verificou que alguns itens atingiram concordância excelente como estado comportamental, postura e tônus global, postura de lábios e língua, reflexo de vômito e manutenção do estado de alerta; outros itens atingiram concordância satisfatória como reflexo de procura, sucção e mordida, movimentação da mandíbula, força de sucção e sucção por pausa. Apesar de quatro itens não atingirem boa concordância, sendo eles: canolamento de língua, manutenção da sucção por pausa e sinais de estresse; os autores concluíram que os itens do instrumento, de maneira geral apresentam confiabilidade adequada entre os observadores (FUJINAGA *et al.*, 2007).

A fonoaudiologia também realiza a estimulação da sucção por meio da sucção digital ou dedo enluvado, técnica de sucção não-nutritiva (SNN), objetivando a melhora do desempenho dos reflexos orais e consequentemente a coordenação sucção/deglutição/respiração (SANCHES, 2010).

Pesquisa analisou a evolução do ritmo de sucção e a influência da estimulação da SNN em RN prematuros com IG inferior a 33 semanas, na própria SNN e na sucção-nutritiva (SN). Como método, as pesquisadoras realizaram um ensaio clínico randomizado, no qual o grupo um, selecionado como controle, não sofreu estimulação da SNN, o grupo dois foi estimulado através de SNN com chupeta ortodôntica e o grupo três foi estimulado através de SNN com dedo enluvado. Elas não encontraram diferença significativa entre os grupos, indicando que a SNN não influenciou a evolução do ritmo de sucção. Contudo, perante os parâmetros indicadores da evolução como o número de eclosões e pausas por minuto, a duração dessas eclosões, a duração das pausas e o número de sucções/segundo houve alterações positivas. As autoras atribuíram como o maior determinante desse fato o processo de maturação, representada pela idade gestacional corrigida (NEIVA, LEONE, 2007).

Outra pesquisa buscou determinar a influência da SNN e da estimulação oral para a amamentação em RN prematuros de muito baixo peso ao nascer no momento da alta hospitalar. A metodologia utilizada também foi ensaio clínico randomizado com o grupo intervenção e o grupo controle. Os resultados deste estudo demonstraram que a SNN e a estimulação oral aumentam a probabilidade de o RN receber alta em amamentação (PIMENTA *et al.*, 2008).

Pesquisadores buscaram caracterizar a demanda e intervenção fonoaudiológicas de recém-nascidos e lactentes que apresentaram alterações no processo de alimentação por via oral em Unidade Neonatal de serviço público. Verificou-se que a maioria dessa população ainda recebe alimentação por via oral sem avaliação fonoaudiológica prévia, o que pode gerar situações de risco para uma alimentação segura e eficiente, além de questões futuras relacionadas ao funcionamento sensório motor-oral (MONTI *et al.*, 2013).

Todas essas técnicas citadas e descritas anteriormente fazem parte do leque de possibilidades e intervenções que podem habilitar e/ou favorecer a transição da dieta por gavagem para a dieta oral no bebê prematuro. Muitos profissionais encontram nessa transição uma inquietude como motivação para obter bons prognósticos referentes ao aleitamento materno.

Trabalho desenvolvido em enfermaria canguru, baseado em pressupostos da educação em saúde, promoveu o aumento do aleitamento materno exclusivo em três anos em unidade de referência em alto risco. As ações realizadas visaram a interação dialógica entre mães, familiares e profissionais, especialmente fonoaudiólogos, através de estratégias multiprofissionais individuais e em grupos (SANTANA, 2010). Esse estudo comprovou que o comprometimento da instituição, dos profissionais, da mãe, do pai e de toda a família é fundamental na atenção ao recém-nascido prematuro.

Segundo Souza e Ferreira (2010), a UTIN é vivenciada pelos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar como um ambiente de trabalho que exige esforços intensos, culminando numa dinâmica de prazer e desgaste. A imensa satisfação da equipe ocorre quando a alta ao bebê é concedida sem sequelas físicas, deficiências ou perdas funcionais decorrentes da patologia ou do tratamento realizado.

A família, por sua vez, vivencia a hospitalização do bebê como uma situação-limite (BRASIL, 2011a). O bebê imaginado durante toda a gestação é diferente do real, o que leva ao surgimento do sentimento de culpa e o momento de crise familiar se estabelece. Somado a isso, a visão da UTIN como um ambiente estranho e assustador intensifica os fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês (GAÍVA, SCOCHI, 2005).

Estudo investigou a relação entre os comportamentos de interação mãe-bebê e o tipo de alimentação do bebê (aleitamento materno, fórmula e mista), de acordo com o seguinte conceito de sensibilidade materna desenvolvido por Ainsworth e adotado como parâmetro na investigação:

> ...habilidade da mãe em perceber, interpretar e responder adequadamente às necessidades e à comunicação do bebê, promovendo uma base segura para o desenvolvimento sócio-emocional da criança. Para tanto, é fundamental que esta mãe mostre-se atenta aos sinais de seu bebê, e principalmente sensível a estes sinais, sendo capaz de se colocar no lugar do bebê. É a partir do nascimento e através dos primeiros comportamentos interativos da mãe em relação ao bebê, e do bebê em relação à mãe que o vínculo afetivo entre mãe e filho é efetivamente estabelecido (ALFAYA, SCHERMANN, 2005, p 280).

Os autores inferiram que a sensibilidade materna é desenvolvida com mais facilidade em mães de bebês nascidos a termo e sadios do que em mães de bebês nascidos com risco neonatal. Com isso, o aleitamento materno se configura como um fator de promoção do estabelecimento de uma sensibilidade materna mais aguçada na díade com risco (ALFAYA, SCHERMANN, 2005).

Outra pesquisa foi realizada com mães de bebês prematuros de muito baixo peso com o objetivo de conhecer os sentimentos e a percepção delas referente ao aleitamento materno e as possíveis relações entre o vínculo dessa díade. Concluiu-se que embora as mães tivessem apresentado sentimentos ambíguos de frustração e medo perante as dificuldades (lactação por tempo longo, pouco volume de leite durante a hospitalização, sucção inadequada do bebê), elas também demostraram satisfação e alegria por poder amamentar. É importante salientar que as mães participantes da pesquisa demonstraram um bom grau de consciência sobre a importância da amamentação e da sua presença na UTI para o bebê prematuro, fatores que enobrecem o cuidado familiar (DELGADO, HALPERN, 2004).

Os agentes estressores do ambiente da UTIN e a própria condição de vulnerabilidade do filho prematuro podem gerar dificuldades na amamentação. São comuns as situações como baixa produção láctea, dificuldades para ejeção, dificuldades para posicionamento e pega, bem como dificuldades para a sucção por parte do bebê em função de sua imaturidade. Tais situações exigem do profissional, especialmente do fonoaudiólogo, capacidade para apoiar e aconselhar a família e a equipe, aumentando as potencialidades da mãe e do bebê para a amamentação.

Por se tratar de um modelo voltado para o cuidado humanizado, a adoção do Método Canguru contribui para a transformação da assistência perinatal nas instituições baseada nos pressupostos da humanização e do princípio de cidadania da família. Dentre as suas vantagens

está a contribuição na otimização dos leitos da UTIN e UCINCO e a promoção de um melhor relacionamento da equipe de saúde com a família (BRASIL, 2011b).

III. METODOLOGIA

Este estudo foi realizado através da abordagem qualitativa por entender que os aspectos subjetivos relacionados ao tema podem ser melhor descritos dessa forma. Foi caracterizado como descritivo e com procedimentos técnicos que o configuram como do tipo Estudo de Caso. A coleta de dados se baseou em dados primários, adquiridos por meio de entrevistas gravadas com mães e pais, e em dados secundários, coletados a partir dos prontuários das mães e dos bebês prematuros.

A instituição elegida para o desenvolvimento do estudo foi a Maternidade-Escola (ME) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Fundada em 1904, atualmente é referência no atendimento à gestação, ao parto e ao nascimento de médio risco.

Os participantes do estudo constituíram uma amostra com mães e pais de bebês prematuros que tivessem vivenciado ou estivessem vivenciando o processo de transição da via de alimentação alternativa para a via oral dos seus filhos na Unidade Neonatal da Maternidade-Escola. Além disso, deveriam ser maiores de idade, sendo estes os critérios de inclusão.

Como critérios de exclusão adotaram-se: mães e pais adolescentes; mães e pais cujos filhos prematuros possuíssem condições ou patologias que impedissem a transição da dieta para via oral como, por exemplo, dependência de oxigênio e etc.; mães e pais que possuíssem condições vulneráveis de saúde como distúrbios psiquiátricos, doenças infectocontagiosas, tais como mães soropositivas ou em uso de drogas ou medicamentos que contraindicassem a amamentação.

A coleta dos dados ocorreu entre janeiro e abril de 2015 e teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola sob o parecer de número 882369. Assim, foi realizada a entrevista piloto com uma mãe a fim de verificar a efetividade da entrevista. Esta não foi utilizada na análise dos dados e o roteiro de pesquisa não precisou sofrer nenhum tipo de alteração. Após a constatação, outras mães e pais de bebês prematuros hospitalizados na Unidade Neonatal da Maternidade-Escola foram convidados a fazer parte do presente estudo. Esclarecimentos acerca dos procedimentos, dos objetivos, dos aspectos éticos, dos benefícios e riscos do estudo foram realizados. Os convidados que concordaram em participar assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), na qual uma permaneceu nas mãos das pesquisadoras e a outra destinou-se aos participantes. Na sequência os dados secundários, provenientes dos prontuários maternos e

neonatais, foram coletados a fim de estabelecer uma caracterização da amostra. As informações coletadas foram: idade materna, bairro de origem, ocupação, escolaridade, número de gestações, número de filhos, ocorrência de aborto, patologias da mãe, local de internação do bebê, sexo do bebê, número de registro, data de nascimento, peso ao nascer, idade gestacional e corrigida, tipo do parto, apgar, necessidade de reanimação, diagnóstico médico principal e total de tempo de internação até o momento da coleta.

Posteriormente cada mãe e cada pai foram entrevistados no melhor momento e local indicado por eles. Dessa forma, responderam às perguntas da entrevista semiestruturada (Apêndice B), ou seja, que foram previamente estabelecidas de modo a direcionar os questionamentos, mas gerando também possibilidade de perguntas extras. Os depoimentos foram gravados através de um gravador digital e posteriormente transcritos pela própria pesquisadora.

Como técnica adicional, foram realizadas observações não interventoras dos participantes na Unidade Neonatal sendo registrado em diário de campo. Essas observações foram dirigidas aos momentos de alimentação do bebê, junto aos pais, sendo guiadas pelo Roteiro de Observação (Apêndice C), me permitindo compreender melhor a relação interacional entre os pais e os bebês.

Na captação dos participantes da pesquisa, me defrontei com a dificuldade de encontrar bebês com os critérios de inclusão, justificando-se pela alta complexidade do quadro clínico característico do perfil dos pacientes neonatais da Maternidade-Escola. Além desta, também houve dificuldade de encontrar as mães e, principalmente, os pais para a realização da entrevista. A razão para este fato pode ser fundamentada, primeiro, no perfil dos bebês fazendo com que a internação prolongada seja apenas deles, não incluindo a mãe. Segundo, existem obstáculos quanto à acomodação dessas mães na maternidade fazendo com que elas não possam estar 24 horas na instituição. Muitas vão para casa e comparecem diariamente, outras, por dificuldades financeiras ou de rede de apoio, nem sempre podem comparecer todos os dias. Somado a isto, a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (Ucinca) da Maternidade-Escola se encontra em entraves administrativos para o seu adequado funcionamento, o que dificulta a transferência de internação da Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (Ucinco). A dificuldade em encontrar os pais se configurou pela própria ausência paterna em determinados casos e pela razão de que o pai, geralmente, nesse momento, é o provedor ativo da família e sua participação depende do seu horário disponível. Assim, os horários de visita encontrados por eles se restringem mais aos noturnos e aos finais de semana.

O número de entrevistas realizadas foi estabelecido no decorrer da obtenção dos depoimentos. Ao atingir o nível em que se observou uma repetição dos dados coletados, cessaram-se as entrevistas. A partir deste contexto, somaram-se um total de nove entrevistas, estas foram transcritas e arquivadas em documentos no computador e impressas. Para fins de identificação, cada entrevistado recebeu um pseudônimo a fim de identificá-los sem expor seus nomes reais e, assim, as entrevistas também puderam ser identificadas. Reuniram-se os seguintes nomes: Rosa, Tulipa, Margarida, Flor do Campo, Girassol, Violeta, Orquídea, Cravo e Cacto. As informações coletadas dos prontuários também foram arquivadas em planilhas do Excel. O tratamento dos dados foi baseado na análise Temática-Categorial, uma das técnicas que compõe a Análise de Conteúdo, descrita por Bardin.

Segundo Bardin (1977, p.42), a Análise de Conteúdo pode ser definida como:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ainda de acordo com Bardin (2011), esta análise segue as seguintes etapas: Pré-análise, Exploração do material ou Codificação, e Tratamento dos Resultados – inferência e interpretação. A fim de facilitar a análise dos dados, Oliveira (2008) propôs uma sistematização da Análise de Conteúdo, a qual foi seguida no presente estudo cumprindo-se a sequência metodológica: leitura parcialmente orientada das entrevistas, definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado, determinação das unidades de registro (URs), definição das unidades de significação ou temas, análise temática das URs, análise categorial do texto, tratamento e apresentação dos resultados e discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo.

Os depoimentos transcritos sofreram leituras a fim de proporcionar familiaridade com os temas abordados por cada participante. Após familiarização, as leituras foram direcionadas a partir dos objetivos do estudo e seu método de análise. A Análise Temática-Categorial é sistemática e determina que após a leitura parcial e a elaboração de hipóteses, o *corpus* (depoimento) seja codificado em unidades de registro. As unidades de registro podem ser palavras, frases ou temas que posteriormente serão agrupadas em uma unidade de significação, ou seja, um tema mais amplo (OLIVEIRA, 2008). As unidades de significação/ temas podem conter dimensões variáveis e complexas e nortearão a origem das categorias (BARDIN, 1977).

Definiu-se, assim, que as unidades de registro seriam trabalhadas através de temas e, com isso, a primeira codificação foi realizada. O depoimento foi escolhido aleatoriamente. A partir dos temas abordados nessa entrevista, surgiram as unidades de significação/ temas. Um quadro esquemático no Microsoft Word foi utilizado, a fim de organizar e facilitar o trabalho com os dados provenientes da exploração do material. À medida que novos temas foram surgindo com a decodificação de novas entrevistas, novas unidades de significação/ temas foram criadas. Ao final desse processo, foram realizadas revisões entre as pesquisadoras para aprimorar a análise, com isso, foram definidas as seguintes unidades de significação/ temas:

- Vivendo a condição de prematuridade
- Experimentando os desafios da hospitalização
- Sentindo-se sem conhecimento ou desinformado (a) sobre a transição oral ou outra situação
- Sentindo-se bem atendido (a)
- Construindo laços de afeto com o (os) bebê (s)
- Valorizando a participação paterna
- Significando a sonda
- Desejando que o bebê mame no peito
- Experimentando as técnicas de alimentação oral
- Percebendo a necessidade do bebê de aprender a sugar
- Expondo seus conhecimentos e experiências sobre a amamentação
- Aceitando o que é determinado pelos profissionais e pela hospitalização
- Referindo dificuldades para amamentar
- Projetando a alimentação e vida futura do bebê

Após as revisões e devida contextualização das unidades de registro e das unidades de significação, emergiram da análise as seguintes categorias:

Categoria 1 - Vivendo a transição dos dias de hospitalização: os desafios diante da prematuridade

Categoria 2 - Vivendo a transição da sonda para a alimentação oral: os desafios de sugar e amamentar

Então, dois quadros (Apêndices D e E) foram criados para a distribuição, agrupamento e contabilização das unidades de registro e de significação (temas) e de sua

relevância dentro das categorias. Assim, as unidades de significação ficaram distribuídas da seguinte maneira:

Categoria 1 - Vivendo a transição dos dias de hospitalização: os desafios diante da prematuridade

- Vivendo a condição de prematuridade
- Experimentando os desafios da hospitalização
- Sentindo-se bem atendido (a)
- Sentindo-se sem conhecimento ou desinformado (a) sobre a transição oral ou outra situação
- Construindo laços de afeto com o (os) bebê(s)
- Valorizando a participação paterna

Categoria 2 - Vivendo a transição da sonda para a alimentação oral: os desafios de sugar e amamentar

- Significando a sonda
- Desejando que o bebê mame no peito
- Experimentando as técnicas de alimentação oral
- Percebendo a necessidade do bebê de aprender a sugar
- Expondo seus conhecimentos e experiências sobre a amamentação
- Aceitando o que é determinado pelos profissionais e pela hospitalização
- Referindo dificuldades para amamentar
- Projetando a alimentação e vida futura do bebê

a. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Integraram este estudo mães, pais e filhos prematuros, totalizando 19 participantes. Destes, nove contribuíram com os seus depoimentos, sendo sete mães e dois pais, e dez, os bebês prematuros, que contribuíram a partir da vivência que proporcionaram aos seus pais.

O quadro a seguir reúne informações acerca do perfil dos pais segundo idade, procedência, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos anteriores e ocorrência de aborto. Rio de Janeiro/RJ, jan/abril, 2015.

Quadro 1 – Perfil dos pais

Identificação	**Idade**	**Procedência**	**Escolaridade**	**Profissão**	**Estado Civil**	**Nº de filhos anteriores**	**Ocorrência de aborto**
Rosa	23 anos	Botafogo	Médio incompleto	Autônoma	Solteira	1	0
Tulipa	37 anos	Irajá	Médio completo	Agente de viagem	Casada	1	0
Margarida	26 anos	São João de Meriti	Médio completo	Do lar	Solteira	0	1
Flor do Campo	22 anos	Niterói	Médio completo	Do lar	Solteira	0	1
Girassol	37 anos	Flamengo	Superior incompleto	Universitária	Solteira	0	2
Violeta	36 anos	Andaraí	Fundamental incompleto	Do lar	Casada	0	1
Orquídea	23 anos	Magé	Médio incompleto	Do lar	Solteira	0	0
Cravo	37 anos	Irajá	Médio completo	Autônomo	Casado	-	-
Cacto	47 anos	Andaraí	Fundamental incompleto	Porteiro	Casado	-	-

Legenda: (-) Não se aplica

Este quadro indica que a idade entre as mães variou de 22 a 37 anos e entre os pais de 37 a 47 anos, estabelecendo média de 34,5 anos.

A procedência, ou seja, a cidade/bairro onde residiam no momento das entrevistas foi bastante diversificada, variando de cidade localizada na Baixada Fluminense, como São João de Meriti a bairros próximos da unidade hospitalar, como Botafogo e Flamengo.

No que se refere à escolaridade, dos nove participantes depoentes, um (11,1%) possuía o ensino superior incompleto, quatro (44,4%) o médio completo, dois (22,2%) o médio incompleto e dois (22,2%) o fundamental incompleto. Quanto à profissão, quatro das mães se autodenominaram "Do lar" e as outras três se identificaram como agente de viagem, universitária e autônoma.

No que se refere à relação conjugal, é importante destacar que Tulipa e Cravo são um casal e Violeta e Cacto também. Sendo assim, cinco pais não participaram da pesquisa por motivos de ausência, impossibilidade ou desencontro com a pesquisadora.

A fim de qualificar os cuidados da atenção ao RN prematuro, algumas classificações são descritas na literatura, como demonstradas abaixo.

Pode-se classificar o recém-nascido prematuro quanto a sua IG (COCHRAN, 2000):

- Limítrofe: com nascimento ocorrido entre 36 semanas e 36 semanas e seis dias de IG
- Moderado: com nascimento ocorrido entre 31 semanas e 35 semanas e seis dias de IG
- Extremo: com nascimento ocorrido entre 24 semanas e 30 semanas e seis dias de IG

Quanto ao peso de nascimento (PN) (FALCÃO, 2003):

- PN < 2500 gramas: RN de baixo peso
- PN < 1500 gramas: RN de muito baixo peso
- PN < 1000 gramas: RN de baixo peso extremo
- PN < 800 gramas: RN microprematuro

E por último classifica-se quanto à relação entre o peso de nascimento e a idade gestacional, utilizando-se o critério de percentis através das curvas de crescimento fetal (FALCÃO, 2003):

- Pequeno para a idade gestacional (PIG): abaixo do percentil 10;
- Adequado para a idade gestacional (AIG): entre o percentil 10 e 90;
- Grande para a idade gestacional (GIG): acima do percentil 90.

Quadro 2 – Características dos bebês prematuros

Identificação	Filhos	Sexo	DN	IG	Peso de N	Apgar	Necessidade de Reanimação
Rosa	G1	F	21/12/2014	27 sem + 2 dias	1035	7/8	Não
	G2	F	21/12/2014	27 sem + 2 dias	950	9/9	Não
Tulipa	U	M	22/01/2015	36 sem + 3 dias	1915	8/9	Não
Cravo							
Margarida	G1	F	12/03/2015	31 sem + 5 dias	1515	8/9	Não
	G2	F	12/03/2015	31 sem + 5 dias	1400	8/9	Não
Flor do Campo	G1	F	21/02/2015	31 sem + 2 dias	1400	9/9	Não
	G2	F	21/02/2015	31 sem + 2 dias	1460	8/8	Não
Girassol	U	M	14/03/2015	35 sem	2485	8/9	Não
Violeta	G1	F	26/03/2015	34 sem + 3 dias	2120	7/9	Não
Cacto	G2	F	-	-	-	-	-
Orquídea	G2	F	21/09/2014	23 sem + 1 dia	450	6/8	Sim

Legenda: (-) Não se aplica

Quanto às características dos bebês prematuros, oito são do sexo feminino e dois do sexo masculino, havendo quatro duplas de filhas gêmeas, no qual uma delas não foi considerada participante da pesquisa, pois não estava internada. Os meninos nasceram de gravidez única e

a outra menina participante nasceu de gravidez múltipla em que o seu irmão gêmeo veio a óbito. Referente à IG, três bebês (30%) são prematuros extremos, seis (60%) são prematuros moderados e um bebê (10%) é prematuro limítrofe. Quanto ao peso de nascimento um (10%) foi microprematuro ao nascimento, dois (20%) foram baixo peso extremo ao nascimento, quatro (40%) foram muito baixo peso e três (30%) foram baixo peso. Apenas um bebê necessitou de reanimação, este tinha as características concomitantes de microprematuro e prematuro extremo. Em relação ao Apgar[4], todos os bebês da pesquisa, com exceção do filho de Orquídea, tiveram bons índices, denotando uma boa adaptação à vida extrauterina nos primeiros minutos de vida. O bebê de Orquídea apresentou moderada asfixia, com resposta melhor no quinto minuto.

No Quadro 3, reuniram-se informações acerca do tipo de parto, local de internação, diagnóstico de internação, técnicas utilizadas na transição para via oral, tipo de aleitamento e condição temporal do entrevistado em relação ao processo de transição do seu filho.

---

[4] Escore de Apgar é uma escala proposta por Vírginia Apgar para julgar a necessidade de reanimação do recém-nascido. Existe um consenso em que o escore de 7-10 significa uma criança sadia e escore < 7 é sinal de alerta para uma atenção diferenciada (APGAR, 1953 *apud* OLIVEIRA *et al* 2012).

Quadro 3 – Informações gerais

Identificação	Tipo de parto	Local de internação	Diagnóstico de internação	Técnicas	Tipo de aleitamento	Vivenciando ou vivenciou a transição
Rosa	Cesáreo	Ucinca	PMT Extremo	Finger	Misto	Vivenciando
Tulipa	Cesáreo	Ucinco	PMT por crescimento intrauterino restrito e PIG	Copinho e SM	Misto	Vivenciaram
Cravo						
Margarida	Cesáreo	Ucinca	PMT c diastole zero e reversa centralizaçao	Copinho e SM	Misto	Vivenciando
Flor do Campo	Cesáreo	Ucinca	PMT	SM	Misto	Vivenciando
Girassol	Cesáreo	Ucinco	PMT, filho de mãe diabética, isomunizado Rh	Finger, copinho e SM	Misto	Vivenciando
Violeta	Cesáreo	URN	Reinternação por baixa ingesta	Chuca	Misto	Vivenciaram
Cacto						
Orquídia	Vaginal Espontâneo	Ucinca	PMT Extremo	Chuca	Fórmula	Vivenciou

Este quadro permite visualizar que dentre os partos referidos apenas um ocorreu por via vaginal e foi classificado como espontâneo. Os locais de internação variaram entre Unidade de cuidados intermediários convencional (Ucinco), Unidade de cuidados intermediários canguru (Ucinca) e Unidade de recuperação nutricional (URN). Os diagnósticos de internação tiveram como principal semelhança a prematuridade associada a outras características e um diagnóstico que diferenciou foi a reinternação por baixa ingesta que ocorreu um dia após a alta da bebê prematura. As técnicas utilizadas ficaram entre Copinho, *Finger-feeding* e Chuca, o Seio Materno (SM) foi tratado como técnica, pois está associado a outra forma de alimentação como a sonda, copinho ou *finger-feeding*. É possível notar que nenhum dos bebês prematuros deste estudo teve uma alimentação por meio do aleitamento materno exclusivo, o que, de certa forma, representa a dificuldade que há para atingir esta meta neste grupo, seja por dificuldades inerentes à prematuridade, seja pelas rotinas ou pelo despreparo da equipe de saúde. Dentre os entrevistados, quatro estavam

vivenciando o processo de transição e cinco já estavam com os seus filhos prematuros se alimentando pela via oral.

b. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado sob o regimento da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com isso foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Teve início após o recebimento do parecer de aprovação, conforme o cronograma apresentado no projeto. Todos os indivíduos que consentiram com a participação no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A decisão de participação na pesquisa foi tomada exclusivamente pelos mesmos, que não tiveram nenhum ônus com a sua participação. Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, à justificativa, ao delineamento da pesquisa e ao sigilo dos dados pessoais e confidenciais envolvidos e estavam livres para, em qualquer fase do estudo, recusarem a participar ou retirar o consentimento, sem penalização alguma.

Também lhes foi informado que a não participação não implicaria em prejuízos para a sua relação com a instituição e que as pesquisadoras estariam à disposição para atender a qualquer dúvida que surgisse quanto ao caráter e ao andamento do estudo. É válido ressaltar que o mesmo não propôs nenhuma intervenção junto aos bebês.

Os riscos para os participantes estiveram restritos a instabilidade emocional no momento da entrevista, sendo assegurado aos mesmos o acesso ao serviço de psicologia da Maternidade-Escola, nos casos em que se fizessem necessário. Para isso as entrevistas ocorreram no período em que o serviço estava disponível aos usuários. Durante a coleta dos dados, não houve necessidade do atendimento.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hospitalização é frequentemente uma necessidade à condição de vida do bebê prematuro, com isso, as mães e os pais vivenciam a rotina de uma Unidade Neonatal atribuindo significados a essa experiência. São os cuidados envolvidos na assistência neonatal que proporcionam elementos considerados básicos e essenciais à vida deles como, por exemplo, suporte respiratório, alimentação e controle dos sinais vitais.

A análise dos quadros (Apêndice D e E) mostrou que a quantidade de URs sobre os temas da categoria 1 foi maior que a quantidade de URs sobre os temas da categoria 2, ou seja, nesse estudo os desafios que relacionam a prematuridade ao ambiente hospitalar e que contextualizam o processo de transição para a via oral superaram os desafios relacionados ao próprio processo.

A partir da análise dos dados coletados neste estudo, as URs abordadas e que fizeram emergir a **Categoria 1 -** Vivendo a transição dos dias de hospitalização: os desafios diante da prematuridade – dizem respeito aos temas:

- **Vivendo a condição de prematuridade**

  -Destaque à condição de prematuridade do filho

  -Preparação materna diante da prematuridade

- **Experimentando os desafios da hospitalização**

  -Preocupação com a evolução do quadro clínico permeado pela confiança na assistência hospitalar

  - Ansiedade quanto à liberação da amamentação

  -Transferência do local da internação

  -Tranquilidade após transferência para Ucinca

  -Sofrimento ao ver as filhas na incubadora

  -Aprendizado durante a internação de como cuidar das filhas prematuras

  -Necessidade de ganho de peso dos bebês prematuros

  -Internação do filho prematuro permeada pela preocupação com outro filho

  -Necessidade do controle da frequência respiratória

  -Escassez de recursos humanos

  -Sofrimento com o risco de vida diante da prematuridade

  -Sofrimento em função de falecimento do filho prematuro

  -Fortalecimento do emocional para vivenciar os desafios da hospitalização

-Desorientação emocional frente aos acontecimentos da hospitalização

-Custo de deslocamento como fator de limitação da participação durante hospitalização da filha prematura

-Tempo de hospitalização

-Sensação materna de que o tempo de internação foi rápido em relação à IG

-Importância e necessidade da assistência ao bebê prematuro

-Condições da saúde materna como fator complicador da participação durante hospitalização da filha prematura

- **Sentindo-se bem atendido (a)**

  - Confiança no tratamento

  -Confiança nos profissionais

  -Confiança na maternidade

  -Valorização da assistência voltada para a amamentação

  -Opinião materna de que todo o processo da alimentação ocorre respeitando o tempo das filhas

  - Sem incômodos a respeito do manejo dos profissionais no próprio corpo

  - Aprendizado sobre como alimentar as filhas pela sonda

- **Sentindo-se sem conhecimento específico sobre a transição oral ou desinformado (a) sobre outra situação**

  - Desinformação sobre o quadro clínico do filho

  -Desinformação sobre a produção de leite

  -Desinformação sobre procedimento realizado em si

  -Sem experiência e sem conhecimento específico sobre alimentação de prematuros

- **Construindo laços de afeto com o (os) bebê (s)**

  -Necessidade de estar perto do filho

  -Mãe como principal alicerce do filho

  -O amor como laço de afeto independente do planejamento da gravidez

  -Presença materna como eixo fundamental na internação e para a saúde do bebê

  -Identificação dos comportamentos dos filhos

  -Reconhecimento da importância da participação da esposa na construção dos laços familiares com os bebês

  -Sensação de felicidade ao ter o filho por perto e de estar presente na hora do nascimento

- **Valorizando a participação paterna**

  - Confirmação da importância do apoio e da ajuda do pai durante a hospitalização
  - Confirmação da importância da presença paterna na vida do filho
  -Referência à ausência paterna durante gravidez e após o nascimento
  -Trabalho paterno como delimitador da participação durante a hospitalização
  -Participação paterna a partir das demandas apontadas pela mãe
  -Impossibilidade da participação paterna por problemas pessoais
  -Pai como motivador e incentivador do aleitamento materno
  -Participação paterna e materna na vida do filho promove aprendizado
  -Participação paterna junto à materna como fonte de união e amor
  -Participação paterna como possibilidade de compartilhar as vivências na maternidade

A partir dessa categoria é possível compreender um pouco sobre os sentimentos, as emoções, as sensações e as experiências vividas pelas mães e pelos pais referentes aos fatores gerais da hospitalização.

Algumas mães como Tulipa, Margarida, Flor do Campo e Girassol ressaltaram em suas falas a condição de prematuridade dos seus bebês como se pode observar nos exemplos a seguir:

> É porque elas nasceram prematuras, precisaram de certos cuidados... (Flor do Campo)
>
> E esse tipo de trabalho ajuda para que a gente possa amamentar a criança melhor, principalmente meu filho prematuro. (Tulipa)

De acordo com Schmatz *et al* (2008), o nascimento de um filho prematuro pode gerar conflitos para a família, principalmente para a mãe, que ao estar inserida numa Unidade Neonatal pode se sentir incapaz de cuidar do seu filho e culpada pelos riscos a que ele está sendo exposto.

Neste estudo, diante das unidades codificadas, ficou evidenciado que as mães vivem de forma mais intensa a hospitalização dos seus filhos prematuros do que os pais, o que pode estar relacionado com a maior participação e envolvimento delas nesse momento.

Dentre as experimentações dessa vivência, a mãe Margarida referiu que a partir da hospitalização pôde aprender como cuidar das suas filhas prematuras. A mãe Flor do Campo ressaltou a necessidade de um cuidado especial e estrutural em função da prematuridade para

conseguir atender a demanda das suas filhas, classificando a hospitalização como muito importante, porém desagradável. Com isso, os significados expressados variaram em momentos diferentes dos depoimentos, assim como, entre os entrevistados. Muitos traduziram uma preocupação com a evolução do quadro clínico permeado pela confiança na assistência hospitalar, outros demonstraram tranquilidade e outros demonstraram angústia.

> Ao mesmo tempo que é ruim pra gente que é leigo, ao mesmo tempo eu fico tranquila, né? Porque elas vão sair daqui, já praticamente... Vão sair com todos os cuidados já... com todos os cuidados direitinhos. [...] No início foi terrível ver elas duas internadas na incubadora. (Margarida)
> É chato, mas é tranquilo, se for pra melhoria eu agradeço a Deus. (Cravo)
> Graças a Deus, só foi vitória. (Cacto)

Nesses trechos, é possível perceber que os pais demonstraram maior tranquilidade ao se expressarem sobre a hospitalização de seus filhos prematuros.

A entrevista de Orquídea foi a mais emocionada de todas, transmitindo o seu sofrimento e a sua angústia em relação ao falecimento de um dos seus filhos gêmeos e o medo que se instalou após este fato. Como a prematuridade implica em risco de vida, sua preocupação, naquele momento, se direcionou para a sua outra filha que estava hospitalizada. Nesse contexto, ela relata que foi necessário criar forças para passar por aquele desafio.

> Foi difícil, né? Porque eram gêmeos, ai o menino nasceu, só que passou uma hora depois ele faleceu. (Pausa, mãe muito emocionada, choro) Ai ela ficou aqui, ai eu ficava com medo, né? De acontecer o mesmo, mas ai eu fui forte... (Orquídea)

Rosa e Flor do campo mencionaram muito a frase “É complicado” durante os seus depoimentos referindo-se aos desafios vivenciados e Orquídea evidenciou em outro ponto da entrevista o quanto seu emocional ficou abalado frente à perda do filho e aos riscos a que o outro estava exposto, demonstrando desorientação naquele momento em que ocorreu a situação:

> Eu tava meio ‘avoada’... (risos) Eu nem vi e nem perguntei nada... (Orquídea)

É neste momento de sofrimento diante dos obstáculos vividos por mães e pais de prematuros hospitalizados que a equipe multiprofissional de saúde pode desenvolver papel fundamental. Segundo Gavia e Scochi (2005), o profissional deve acolher a família, oferecendo condições mínimas de conforto, procurando responder as suas preocupações com explicações simples sobre o estado de saúde do bebê, tratamento e equipamentos usados, enfatizando a criança ao invés do equipamento ou patologia. Dessa forma, pode-se reduzir a

ansiedade e medo dos pais. Os autores ressaltaram ainda que as condições de saúde materna nos primeiros dias de pós-parto devem fazer parte da atenção dos profissionais, o que corrobora com os resultados encontrados nesta pesquisa.

Dentre as dificuldades referidas pelas mães durante a internação de seus filhos prematuros, as condições de saúde materna pós-parto também foram mencionadas como exposto no depoimento de Violeta:

> Sair de casa cheia de dor, com os pontos ainda, ter que vir aqui... Meus pontos ainda não consegui tirar todos, porque tá um pouquinho inflamado, devido eu ter que vim ver a outra. (Violeta)

Esse trecho da fala de Violeta, também explicita que a prematuridade associada à gemelaridade tende a trazer um maior número de fatores complicadores durante a hospitalização, como relatado anteriormente na vivência de Orquídea e em outro trecho da fala de Violeta.

> Ah foi horrível, porque, assim... eu tenho que dividir a casa, né? [...] Meu coração ia pra casa a mil porque tinha que dividir, ficar com uma em casa e a outra aqui. Mas ai eu queria as duas juntas comigo. Tava ruim, difícil, muito difícil. (Violeta)

Suas filhas gêmeas receberam alta no mesmo momento, porém no dia seguinte uma delas precisou ser reinternada por baixa ingesta. Assim como, Orquídea e Violeta, Rosa teve uma gravidez múltipla e estava com as suas gêmeas hospitalizadas, porém o seu outro filho de três anos tornava aquela internação ainda mais preocupante, visto que na sua função materna ela precisava dar atenção aos três filhos.

O ganho de peso e o controle da frequência respiratória de prematuros são alguns dos parâmetros monitorados por profissionais de saúde no cotidiano de uma Unidade Neonatal, tornando-se elementos presentes na vida de quem vivencia essa hospitalização e, por vezes, controlados por estas pessoas. Esses parâmetros foram referidos por quatro entrevistados, três mães e um pai, ou seja, neste estudo as mães foram maioria.

> Porque falaram que ele está mais aqui para ganhar peso... (Cravo)
> Até agora mesmo, elas estão ganhando peso rápido... (Margarida)
> Quando a frequência tá menor do que 60, que é bem difícil tá. (Rosa)
> E tá ai, tá bem. Tá ganhando peso à beça, rápido. (Orquídea)

A incerteza quanto ao tempo de hospitalização foi expresso por um dos pais, demonstrando incômodo:

> Chato porque ele vai ter que ficar mais um pouquinho, seis dias ou até mais, a depender da vontade de Deus, de repente pode ficar até hoje ou amanha, não sei também. (Cravo)

Do mesmo modo que, uma das mães considerou o tempo de internação na UTIN[5] da seguinte forma:

> Em vista do quadro de muitos aqui, até mesmo pelo tempo que elas nasceram, pelo tempo de gestação que só foram 31 semanas, eu achei que foi rápido... (Margarida)

Margarida teve suas filhas gêmeas transferidas para a Ucinca após 13 dias na UTIN:

> ...mas depois que elas vieram pra cá, eu to tendo contato, aprendendo como mexer, a cuidar delas, ai eu to mais tranquila. (Margarida)

O Método Canguru possibilita o aumento do vínculo entre mãe e bebê, reduzindo o tempo de separação entre eles, além de possibilitar maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar (BRASIL, 2011b). Essas vantagens do método, como se pôde observar, são evidenciadas na fala da mãe Margarida.

A transferência da UTIN, após mais de dois meses, para a Ucinca também foi referida por Rosa:

> "Elas estão desde dezembro na UTI, a gente veio pra cá semana passada."

Já a mãe Tulipa referiu a transferência do seu filho da UTIN para a Ucinco:

> "...tirar ele da área de risco para uma área que não tinha tanto risco"

Os motivos que podem explicar esse alívio da saída da UTIN para outro setor da Unidade Neonatal foi referido nos resultados do estudo de Gavia e Scochi (2005). Na UTIN, a mãe se torna mais expectadora do que participante ativa do cuidado ao seu filho e o trabalho

---

[5] É importante destacar que na ME, a UTIN e a Ucinco estão situadas em um ambiente em que um pequeno corredor faz a ligação entre as unidades. Os depoimentos não deixaram claro se os participantes fazem essa diferenciação.

da equipe multidisciplinar é completamente centrado na recuperação biológica de um ser imaturo. No cuidado intermediário, o quadro clínico do prematuro está mais estável e a assistência é voltada para o seu processo de crescimento, permitindo, assim, que a mãe se sinta mais estimulada a cuidar do filho, como também a equipe se sinta mais aberta para a inserção ativa da mãe, envolvendo-a de forma mais acolhedora nos cuidados prestados ao seu bebê prematuro.

Segundo Schmatz (2008), o quadro clínico do prematuro, geralmente, atrapalha a mãe de amamentar seu filho diretamente no seio, provocando sentimentos conflituosos. E de acordo com Cruz e Sebastião (2015), as mães criam expectativas quanto à liberação do SM para alimentação do seu filho e a vivência é positiva quando ela pode leva-lo ao colo pela primeira vez. Neste estudo, as unidades de registro identificadas denotam um grau de ansiedade por parte materna:

> Talvez eu já ‘poderia’ amamentar [...] Foi uma surpresa ela dizer que podia amamentar... (Tulipa)

As vivências materna e paterna também podem sofrer influências das condições socioeconômicas da família, mesmo que a hospitalização seja em uma maternidade pública, como relatado na entrevista concedida pela mãe Orquídea:

> Só final de semana mesmo que dava pra vim... é longe, passagem fica cara. (Orquídea)

Outro desafio vivenciado na hospitalização foi pontuado por Girassol que em seu discurso sinalizou a escassez de recursos humanos na instituição como um fator complicador para a assistência à saúde do prematuro:

> O que acontece é que existe uma demanda muito grande pra quantidade de profissionais... Que se tenta suprir isso na medida do possível, mas se disponibilizassem uma proporção mais adequada seria melhor. (Girassol)

Esta declaração concorda com Gutierrez (2006) que em seu estudo concluiu que mais fonoaudiólogos devem ser inseridos nos serviços de saúde do país, pois as técnicas que possibilitam a transição para via oral, proporcionando o ato da amamentação, beneficia a saúde da mãe e, principalmente, a do bebê de maneira mais ampla. A amamentação estimula o desenvolvimento das estruturas e funções estomatognáticas, trabalha o padrão de respiração, além da prevenção contra otites. Estes fatores são favoráveis quanto à alimentação e

motricidade orofacial, à aprendizagem e à audição, prevenindo possíveis futuros distúrbios da comunicação humana.

No que se refere à qualidade da assistência ao prematuro, todos os participantes do estudo mencionaram em seus depoimentos unidades de registro demonstrando confiança no tratamento, nos profissionais e na maternidade.

> Muito bom, os profissionais daqui são excelentes. Enfermeiros, médicos são muito atenciosos, fazem o possível por elas, entendeu? [...] Ta sempre presente, sempre acompanhando, sempre vendo o desenvolvimento delas, sempre tem alguém aqui vendo como elas estão. (Flor do campo)
>
> Eu penso que os profissionais, ou seja, foram profissionais, tratam as crianças com carinho, gostam da profissão. Todos eles amam a profissão aqui, mas aquilo são pessoas que mantém a posição deles, aonde eles estão, o que que eles estão fazendo. [...] Eu nunca tive tempo de olhar o que eles fazem. Mas são anjos infantis na maternidade. (Cravo)

Os resultados da pesquisa de Gorgulho e Pacheco (2006) evidenciaram que todas as mães participantes se sentiram incentivadas e apoiadas na amamentação durante o período da hospitalização dos seus filhos. Para elas, a equipe de saúde age de forma a promover a amamentação o que corrobora com os achados do presente estudo, no qual houve a valorização da assistência voltada para o aleitamento materno, como evidenciado nos discursos de Tulipa e Violeta.

> ...E esse tipo de trabalho ajuda para que a gente possa amamentar a criança melhor [...] É mais fácil a gente conseguir amamentar, lidar com a situação. (Tulipa)
>
> Ah muito bom, fizeram massagem, no dia que fizeram massagem o leite veio que foi uma beleza... (Violeta)

Margarida mencionou outros aspectos sobre a alimentação das suas filhas gêmeas reforçando a sensação de estar sendo bem atendida.

> Assim, eu acho legal porque é uma forma de trabalhar um pouquinho assim, dar o tempo delas, né? [...] Não sabia como dar a dieta delas na sonda, elas me ensinaram... Agora é só tomar cuidado e observar muito, né? Pra poder não fazer nada errado. (Margarida)

Nenhuma das mães relatou algum tipo de incômodo no manejo dos profissionais em seu corpo ou no seu (s) bebê (s). Os dois pais que participaram também não referiram nenhuma queixa.

Em contrapartida, duas mães mencionaram em seus depoimentos situações em que se sentiram desinformadas sobre condições gerais da hospitalização, dentre elas a Orquídea:

> Não sei se me deram remédio com medo... Eu não sei [...] Só esse negócio do remédio, que não me explicaram muito bem (Orquídea)

As mães Flor do Campo, Girassol e Orquídea demonstraram se sentirem sem conhecimento suficiente sobre a transição da sonda para a via oral:

> Eu não sei se a chuca atrapalha alguma coisa, se o seio é melhor... Eu não sei direito. (Orquídea)
>
> Eu não tenho conhecimento técnico pra dizer o que que é melhor. Se existe eu não conheço, até gostaria de saber. (Girassol)
>
> Sinceramente, eu sou mãe de primeira viagem, então eu não entendo muito sobre isso. (Flor do campo)

É nessa vivência da hospitalização, permeada por procedimentos técnicos e muitas necessidades, que ocorre a construção dos laços afetivos entre a tríade mãe, pai e bebê. O bebê prematuro é privado de um contato maior com os seus pais, sofrendo limitações para sentir o cheiro, escutar a voz, sentir o contato pele a pele, receber carinhos e afagos. A UTIN, muitas vezes, parece um ambiente hostil e pouco amigável aos pais, dificultando a ligação afetiva com o seu bebê (BRASIL, 2011b). Essa condição foi pontuada no depoimento de Tulipa, que se encontrava internada na enfermaria e seu filho na Ucinco:

> ...mas também gostaria muito que ele estivesse aqui pertinho de mim [...] Mas mãe coruja quer o filho pertinho... (Tulipa)

E é a partir dessa vivência que o vínculo se fortalece independente da história de vida do bebê, anterior ao parto, e que se pode identificar e significar os comportamentos dos filhos.

> Faço a minha parte literalmente, eu faço não é por obrigação não, faço porque a gente se apega, né? Não adianta. Por mais que não tenha sido, assim, como eu vou dizer? Eu não engravidei por que eu queria, foi por descuido coisa e tal... A gente acaba se apegando, a gente pega amor de verdade... (Margarida)
>
> Ah elas são bem espertinhas, elas já pegam, já machuca, já bota a mão... (Flor do campo)

Assim, a importância materna durante a hospitalização foi sinalizada, tanto por uma mãe quanto por um pai:

> A participação é a mais importante possível, porque ela é a mãe, né? Se ela não participar e não gostar da participação, então ela não vai ser mãe. Ela tem que ser mãe e mãezona mesmo, pra dar conta das duas crianças, né? (Cacto)
>
> ...como todo mundo sempre falou: você presente, perto delas, elas vão ter uma melhora mais rápida [...] Não adianta, filho é pra mãe... (Margarida)

Percebe-se na última fala da mãe Margarida certa individualização no cuidado ao filho, sendo justificada pela ausência do pai das suas filhas gêmeas. Porém, sabe-se que a presença paterna traz a oportunidade de construção dos laços afetivos podendo proporcionar muita felicidade, como abordado no depoimento de Cravo:

> Porque só de ver o rosto dele e de estar do nosso lado é uma felicidade imensa. [...] Eu olhei ele vindo, e aquilo, a melhor felicidade foi quando ele soltou a voz, já saiu berrando, já... 'to aqui, to aqui... Eu quero voltar, porque lá tava bom, aqui tá frio...' foi a melhor coisa, uma felicidade imensa. (Cravo)

A valorização da importância da participação paterna na vida dos filhos e na hospitalização diante dos desafios da prematuridade ocorreu nos depoimentos dos nove participantes que fizeram parte desse estudo.

> Eu acho que ele participa, né? Parceria, ele participou do parto, ficou ali comigo me dando força [...] Ficou lá cuidando, olhando pra ver se tava tudo certinho. Então, pra mim é um apoio muito grande... (Tulipa)
>
> Ele ajuda bastante. Ele trabalha, mas sempre que ele pode ele vem, ele ajuda, ele dá a dieta, faz tudo... (Rosa)

A fala de Rosa pontua um dos motivos limitadores da participação paterna durante a hospitalização dos bebês prematuros. Sabe-se que nos termos da Constituição Federal o prazo da Licença-paternidade é de apenas cinco dias a contar a partir do nascimento (CF, 1988). Segundo Gavia e Scochi (2005), muitos pais até se fazem presente na Unidade Neonatal, mas poucos participam do cuidado ativamente e também não são estimulados a isso. Muitas vezes apenas acompanham as orientações das mães.

Neste estudo, os dois pais entrevistados referiram a participação paterna como realização, satisfação e como fonte de experiência e aprendizado:

> É importante demais, né? Do pai e principalmente do pai, do pai com a mãe tem que ser uma carne só, então tem ser os dois juntinhos ali, participando, porque aquele pai que não gosta de participar, então ele não quer ser pai. [...] Participei de tudo, participei de tudo dela. E achei muito bom porque pra mim é uma experiência (Cacto)

> Maravilhosa, a melhor coisa, a melhor participação eu ta do lado dele, na hora que ele nasceu também eu estava com a mãe dele [...] A gente 'aprendemos' muito e a gente vai aprender de novo tudo que a gente aprendeu, cada um é diferente, tudo começa de novo... [...] É uma escola, um aprendizado, com o tempo que passa a gente vai aprendendo (Cravo)

Em estudo realizado por Delgado e Halpern (2004) poucas mães mencionaram o companheiro como fonte de apoio no cuidado ao filho prematuro, sendo esta uma realidade. Porém, o pai durante a hospitalização pode ajudar a mãe com o seu lado mais companheiro a compartilhar as situações enfrentadas, podendo ainda ser o principal incentivador e motivador ao aleitamento materno.

> Sempre estou perto e ainda faço massagem no peito dela e tudo [...] (risos) Faço massagem! Às vezes, ela tá dizendo assim: ah, mas eu não tenho leite! Eu digo: tem sim! [...] Ela foi lá e massageou o peito dela, que ela disse que não tinha, saiu aquele jato logo, saiu um monte de jato. Ai quando chega em casa, ela diz que não tem. Eu digo tem sim, vamos lá que a Carmem fez assim e assim... Ai eu vou fazendo e tá arrumando bastante. E eu to sempre juntinho, não saio de perto não. (Cacto)
>
> Muito importante. Ele é um super pai, né? E, assim, dá até medo porque às vezes ele fica: ah você que não quer dar o peito, vamo lá, vamo lá que eu vou fazer massagem, vou fazer igual a menina tava fazendo. (Violeta)

A participação paterna junto à materna pode ocorrer como reflexo da união e do amor entre o casal:

> E tem que ser uma pessoa ótima e ela é ótima, uma pessoa muito bacana, gosto muito dela, amo demais e 'tamos' juntos. (Cacto)

Porém, apesar de toda essa valorização, existem pais que não participam por não quererem assumir a função paterna e outros por possuírem um motivo maior que impede esse contato.

> Ele não é presente [...] Eu queria porque eu acho importante porque assim... eu perdi meu pai muito nova, mas bem ou mal eu tive ele por perto, eu sentia ele... Então assim, eu perdi ele com cinco anos de idade e dos cinco anos pra cá eu sinto uma falta assim, sabe? Tremenda. (Margarida)
>
> A gente, eu e ele, temos alguns problemas pessoais, e ele não pode participar no momento. Mas ele liga, se preocupa. Elas se parecem bastante com ele. Mas é um pouco complicado. (Flor do campo)

Na fala da mãe Margarida é possível perceber que a sua própria experiência na infância com a perda do pai faz com que ela atribua um valor ainda maior à participação paterna na vida das filhas. No depoimento de Girassol, pode-se observar que algumas mães buscam um jeito de direcionar a colaboração do pai durante a hospitalização, de maneira a ajudá-las efetivamente a partir das suas demandas:

> Eu aprendi a ver qual é a maneira que eu posso explorar ele, né? No que ele pode ser útil pra mim. Então, assim eu não gero expectativa em tudo, né? Eu vejo o que eu posso fazer e dentro da possibilidade dele e do limite dele, eu vou demandando, vou pedindo as coisas e ele participa assim. (Girassol)

As URs abordadas e que fizeram emergir a **Categoria 2 -** Vivendo a transição da sonda para a alimentação oral: os desafios de sugar e amamentar – dizem respeito aos temas:

- **Significando a sonda**

  -Procedimento invasivo

  -Retirada da sonda traz satisfação

  -Sonda como objeto simbólico do impedimento para alimentação via oral

  -Opinião materna de que a sonda orogástrica atrapalha a transição para via oral

  -Incômodo materno ao ver a colocação da sonda

  -Incômodo materno ao ver a sonda no filho, porém com o entendimento de que é necessário e faz parte da assistência na hospitalização

  -Mecanismo de fuga em relação à presença da sonda

  -Preferência materna pela sonda orogástrica

  -Preferência materna pela sonda nasogástrica

  -Acompanhamento materno do tipo de sonda e da sua retirada

- **Desejando que o bebê mame no peito**

  -Preferência materna e paterna pela amamentação no peito

  -Planejamento materno para favorecimento da amamentação

  -Desejo materno de produção de leite

  -Aleitamento materno até o momento desejado pelos filhos

- **Experimentando as técnicas de alimentação oral**

  -Identificação materna da técnica *finger-feeding*

  -Frustração diante da técnica do copinho

  -Treinamento da amamentação

  - Sucção do bebê na SNN (dedo enluvado)

-Referência materna de que a técnica do copinho provoca desconforto respiratório no seu filho

-Aprovação materna da técnica *finger-feeding*

-Opinião materna sobre as técnicas de alimentação oral apoiada pela sensação de incômodo manifestada pelo filho

-Utilização de "chupeta" como estratégia para alimentação oral

-Utilização de chuca

-Opinião materna de que a utilização da chuca foi satisfatória

-Sensação materna de que as suas filhas necessitarão de tempo para desenvolver uma sucção efetiva no peito

-Referência materna de que após a conclusão do treinamento da amamentação no peito será adicionada a técnica do copinho para a alimentação das filhas

-Opinião materna de que a utilização da chuca favorece o desmame precoce

- **Percebendo a necessidade do bebê de aprender a sugar**

  -Consciência materna de que seu bebê necessita aprender a sugar no peito

- **Expondo seus conhecimentos e experiências sobre a amamentação**

  - Estabelecimento de vínculo e interação entre a mãe e a criança

  - Referência do filho mais velho como experiência com a amamentação

  -Tempo entre as gestações como fator de esquecimento no que se refere ao manejo da amamentação

  -Leite materno como benéfico à saúde em geral

  -Leite materno contendo anticorpos e aumentando a resistência contra doenças

  -Leite materno contendo valor calórico e favorecendo o ganho de peso do bebê

  -Leite materno benéfico para o desenvolvimento neuromotor

  -Identificação do leite materno como colostro

  -Leite materno como única fonte de alimentação para o bebê

  -Contraindicação à ingestão do leite materno apenas em casos específicos

  -Leite materno como fonte de vitaminas e cálcio que são benéficos ao crescimento e desenvolvimento

- **Aceitando o que é determinado pelos profissionais e pela hospitalização**

  -Aceitação dos procedimentos e condutas, mesmo possuindo opinião e/ou vontade que difere do que é determinado

  -Profissional como fonte de informação de que a dieta de gemelares não pode ser viabilizada apenas por aleitamento materno

- **Referindo dificuldades para amamentar**

  -Afirmação materna de que possui dificuldade para amamentar

  -Afirmação materna de que não sabia como amamentar

  -Referência materna de dor ao amamentar

  -Referência materna de que sozinha não conseguiria amamentar

  -Referência materna de que não tem leite suficiente para amamentar

  -Referência materna de que não consegue realizar a ordenha

- **Projetando a alimentação e vida futura do bebê**

  -Desejo materno de amamentar até os dois anos

  -Desejo materno de amamentar até oito meses a um ano

  -Alimentação complementar adequada a partir dos seis meses

  -Interrupção da vida profissional para poder se dedicar as filhas

  -Desejo materno de poder ir para casa com suas filhas

  -Desejo materno de que suas filhas sejam saudáveis

Esta categoria enfatiza os temas abordados nas entrevistas que estão mais relacionados ao processo de transição para a via oral e que enfatizam o ato da amamentação e os seus desafios.

Em relação aos significados atribuídos à sonda, os participantes deste estudo referiram incômodo ao presenciar sua colocação, incômodo ao ver seu filho utilizando-a e demonstraram sensação de alívio ao se referir à notícia de que o seu uso não seria mais necessário.

> Ah maravilhoso (...) Porque ele já não precisa mais de sonda. (Tulipa)
>
> A única coisa assim que é ruim é ver quando põe a sonda. (Margarida)
>
> Sinceramente eu queria arrancar a sonda delas, porque até incomoda elas, tanto que elas puxam, sabe? [...] Mas a sonda é horrível, a criança puxa tudo... Elas são bem agitadas... puxam a sonda... Quer tirar do nariz... (risos) E deve incomodar, né? Esse negócio na tua cara... (Flor do campo)

Girassol relatou que considera a sonda invasiva. Violeta relatou não se incomodar, assim como, Cacto. Flor do Campo, Margarida e Rosa que referiram incômodo, afirmaram também que a consideram necessária.

> Mas não me incomoda tanto porque eu sei também que é pro bem delas, elas precisam disso pra se alimentar, pra mim é uma coisa normal. (Rosa)

> Mas eu sei que é pro bem delas, eu não esquento muito não (Margarida)
>
> Eu acho que no nariz é menos pior, né? Porque na boca... elas enfiam o dedo na boca querendo arrancar, né? Mas é necessário, né? (Flor do campo)

Os significados atribuídos pelas mães diferem em relação ao tipo de sonda considerada melhor na assistência as suas filhas prematuras. Enquanto que Flor do Campo tem preferência pela sonda nasogástrica como visto acima, Rosa discorda:

> Na boquinha eu achava melhor, mas agora passou pro nariz. (Rosa)

No depoimento concedido por Rosa, também foi possível observar que a sonda é vista por ela como objeto simbólico do impedimento e/ou retardo para a alimentação por via oral e Orquídea pontuou que a sonda orogástrica atrapalha o processo de transição.

> ... tirar a sondinha pra poder mamar o peito, ia ser melhor pra elas, mas tem que esperar, é complicado (Rosa)
>
> ...antes dela ir pra chuca, eu acho que botaram depois no nariz pra ela poder aprender a sugar melhor... pra não ficar aquele negócio atrapalhando... (Orquídea)

Com isso, a análise do presente estudo mostra que as mães acompanham e significam através das reações do bebê o uso da sonda e o seu manejo.

Dentre os desafios e processos vividos pelos bebês prematuros na Unidade Neonatal, a transição da dieta realizada através de sonda orogástrica ou nasogástrica para a via oral é um dos momentos mais esperados pela mãe e pelo pai, tornando-se um desafio familiar. O anseio por ver seu filho (a) se alimentar bem e adequadamente é grande, sendo este também um dos principais parâmetros necessários para a alta hospitalar.

Todos os nove participantes do estudo enfatizaram o desejo de ter seu filho prematuro mamando no peito como pode-se observar nos exemplos a seguir:

> Espero que agora ele passe a mamar no peito, né? (Girassol)
>
> Eu queria que elas pudessem tá mamando, né? No peito. (Rosa)
>
> ...mas eu queria dar o peito mesmo... (Orquídea)
>
> Ah! Eu penso da alimentação dele que tem que ser mais o peito, amamentar no peito. (Cacto)

A mãe Margarida imprimiu em suas falas, além do desejo de amamentar as filhas no peito, o seu planejamento referente a essa questão e a intenção da amamentação associada ao desejo comportamental das suas filhas:

> Eu vou amamentar até elas largarem, eu já abdiquei de algumas coisas justamente pensando nisso... (Margarida)

A baixa produção láctea é uma experiência comum entre as mães que vivenciam a internação na UTIN, visto que passam relativo tempo sem os estímulos de sucção que são tão essenciais para a boa produção. Assim, Orquídea se viu impossibilitada de amamentar e enfatizou sua vontade relacionada à capacidade de produção de leite materno:

> Eu queria, se tivesse como, eu queria produzir leite... (Orquídea)

Como já referenciado, a transição para a alimentação oral é realizada por meio de técnicas que permitem que o processo ocorra de maneira progressiva e natural. No geral, neste estudo, as mães demonstraram identificá-las e em relação aos pais, demonstraram maior envolvimento diante da utilização delas durante a hospitalização.

Em relação à utilização do Copo, muitos significados foram mencionados, dentre eles desconhecimento sobre a existência da técnica, frustração diante da interrupção da amamentação para permitir a realização da mesma e desconforto respiratório apresentado pelo filho. Margarida acreditou que as suas gêmeas não conseguiriam utilizar o copo como fonte de alimentação e Flor do Campo referiu que, após aprenderem a sugar no peito, suas filhas iriam utilizá-lo.

> ...e aconteceu que eu fiquei 15 minutos, mas depois tiraram pra poder entrar com o copinho e a gente fica meio frustrada... (Tulipa)
> Quando ele usa o copinho, eu acho que ele fica com a respiração forte. (Girassol)
> Eu nunca tinha visto, eu achei até que elas não fossem pegar... (Margarida)
> ...depois vão pro copinho, depois que elas tiverem pegando o peito legal, elas vão pro copinho. (Flor do Campo)

O depoimento de Flor do Campo causa estranheza por conter uma ideia contraditória. Se o bebê prematuro tiver êxito na sucção da mama, a conduta será complementar a dieta com a técnica do copo? O questionamento surge, pois a complementação da dieta através de técnicas deve ser adotada a partir de critérios e não aleatoriamente, antes mesmo de se poder avaliar o contexto. Isso, de certa forma, denota uma dificuldade da instituição e da equipe multiprofissional de manter rotinas de manejo que promovam a amamentação objetivando a amamentação exclusiva entre os prematuros.

Em estudo desenvolvido por Gutierrez *et al* (2006), os bebês que fizeram parte da amostra se alimentavam por meio da amamentação e do copo como complemento, apenas um

destes bebês fazia uso da sonda no período da coleta dos dados. Os resultados apontaram que a maior parte das mães não conheciam previamente a técnica do Copo e que não receberam informações da equipe de saúde, corroborando com os dados encontrados neste estudo e podendo ser esta, a falta de informação, um dos motivos para a frustração vivenciada por Tulipa. Entretanto, os autores afirmaram que as mães se apresentaram receptivas e seguras em administrar a técnica com seus filhos. Nenhum sinal de alteração respiratória ou de incoordenação da sucção, deglutição, respiração e ritmo foram observados. Houve somente variação de tônus global e sinais de estresse em 14,3% dos bebês.

Nesta pesquisa, a mãe Margarida relatou dúvida quanto ao seu sucesso na realização do uso do copinho, mas acredita que o investimento na técnica é válido.

> ...mas se é uma coisa que dá certo, vale a pena investir... só não sei se eu vou conseguir manusear, mas nada que eu não possa aprender. (Margarida)

A utilização do bico artificial é incorporada na técnica da chuca que teve seu uso, de acordo com os dados dos prontuários e depoimentos, em duas transições para a via oral dos bebês prematuros da população desse estudo. Uma das mães, Violeta, relatou que a chuca estava favorecendo o desmame precoce da sua filha.

> ... complemento com o Nan, mas elas 'tão' largando o peito, por causa disso, que eu to dando na mamadeirinha... (Violeta)

Lopez *et al* (2003) acreditam que a alimentação pela mamadeira provoca consequências pelo reduzido esforço muscular, fazendo com que possivelmente a criança recuse o seio materno. Os autores ressaltaram que essa prática pode levar à chamada "confusão de bicos" e reforçaram ainda que é desejável que o método de alimentação não resulte em mecanismos inapropriados de sucção.

Orquídea considerou a chuca como um procedimento proveitoso, o que pode ser justificado pela inibição da sua produção de leite e pelo ganho de peso da sua filha prematura.

Segundo Gutierrez *et al* (2006), atualmente, se preconiza a substituição da chuca por outras técnicas de aleitamento artificial quando há dificuldade em estabelecer a amamentação desde o nascimento. O copo é uma alternativa para a questão, porém ao se considerar os benefícios da sucção para os bebês questionam-se as contribuições do copo ao desenvolvimento estomatognático e psicológico, já que a sucção é reflexa e o mecanismo de sorver não é fisiológico no ser humano nesta fase da vida. Pode-se ressaltar que a literatura ainda não é consensual sobre essa questão e, com isso, faz-se necessário avançar em termos

de pesquisas para que a prática em relação à transição para a via oral possa se beneficiar de evidências científicas.

A utilização da chupeta foi relatada pela mãe Orquídea, porém o objeto nomeado como chupeta se referia na verdade ao “dedo de luva”, considerado procedimento incorreto dentro das maternidades.

> ...depois de um tempo que ela ficou com esse negócio (sonda)... eles tavam botando a chupeta, que eles falam, pra ela poder sugar, sugar... (Orquídea)

A técnica *Finger-feeding* foi referida por duas mães, mostrando que ela é utilizada na assistência ao prematuro. Girassol aprovou a técnica qualificando-a como interessante por estimular a sucção e o alimento ser ingerido pela boca.

> Ele já utilizou outra técnica que se chama... Finger. Eu achei até interessante porque estimula a sugar e o alimento vai pela boca. (Girassol)

Ela se mostrou a mãe mais envolvida com as técnicas da transição para a via oral, relatando que sua opinião é apoiada pela sensação de incômodo manifestada pelo filho. Além disso, Girassol mencionou a realização da SNN através do dedo enluvado e a realização da estimulação da sucção no seio materno. É válido ressaltar que, de acordo com a caracterização dos participantes, ela é a única que possui conhecimentos de nível superior o que, de alguma forma, pode ter influenciado, não sendo necessariamente medido por esta pesquisa.

Segundo Fujinaga *et al* (2010), o objetivo e indicação do *finger-feeding* para o bebê prematuro foi distinta em três serviços de diferentes Estados no Brasil. Na maternidade estudada em São Paulo, ela não era usada em prematuros; no Paraná era indicada nos casos de treino de sucção e em Santa Catarina, além do treinamento, a técnica era usada como complementação após seio materno. Foi sugerido que no prematuro o *Finger-feeding* seja prescrito com a finalidade de treino da sucção na ausência materna ou como complemento na sua presença, desde que o bebê já tenha mamado.

Enquanto que na transição para via oral do filho de Girassol houve a utilização de outras técnicas antes da estimulação da sucção no seio materno, na transição das gêmeas de Flor do Campo, a estimulação foi realizada antes de qualquer outra técnica. Flor do Campo referiu sensação de que suas filhas necessitariam de tempo para desenvolver uma sucção efetiva no peito.

> Então elas sugam um pouquinho e para, começaram hoje, então... ainda vai demorar um pouco pra elas ficarem só no peito... (Flor do Campo)

Segundo Medeiros *et al* (2014), RNs de risco internados em unidade canguru se beneficiaram da utilização da técnica Sonda-peito, que em seu estudo foi realizada sem que o prematuro tivesse nenhuma experiência prévia com alimentação por via oral. Estes demonstraram aptidão para coordenar a sucção/deglutição/respiração, facilitando a amamentação efetiva em SM exclusivo.

Um dos dados adquiridos neste estudo foi a percepção materna de que o seu bebê prematuro precisa aprender a sugar no peito. Algumas mães mencionaram em seus depoimentos essa necessidade dos seus filhos.

> Ele não sabe sugar [...] Ele sabe fazer esse movimento de sugar, mas no peito ainda ele não sabe... (Girassol)
>
> Por enquanto elas ainda não têm força pra sugar o peito como necessita, mas... (Flor do campo)

Estudo realizado por Delgado e Halpern (2004) mostrou que as mães percebem o esforço que se faz necessário para que o bebê consiga sugar o SM, o que, neste estudo, também foi observado na fala de Flor do Campo. De acordo com Bervian, Fontana e Caus (2008), a amamentação proporciona o desenvolvimento do sistema estomatognático, pois a sucção praticada pelo bebê faz com que a anatomia e a funcionalidade das estruturas bucais, como lábios, língua, bochechas, ossos e músculos da face se desenvolvam, aprimorando as funções da mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação. Nesse aspecto, o aleitamento materno é mais vantajoso para o bebê devido ao esforço realizado para a obtenção do leite favorecendo o desenvolvimento do tônus muscular.

Nas entrevistas, foi possível notar que mães e pais detêm conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, justificando assim o desejo de que seus filhos mamem no peito.

> É meu contato com ele [...] No peito eu to juntinho com ele (Tulipa)
>
> Mas eu achava que o leite do peito é muito importante, né? Que tem anticorpos pra elas reagirem melhor e até pra interação da mãe com a criança.
>
> Contra doença, resfriado... Ajuda bastante. [...] Porque engorda mais rápido, elas reagem mais rápido, estimula elas melhor, mas... (Flor do campo)
>
> Até quando os médicos me falaram, eu já sabia... Que quanto mais leite materno, melhor pra elas, no sentido assim... Em todos os sentidos, pra saúde, pra tudo... (Margarida)
>
> Mas a melhor coisa é o leite materno... Água? Nem usa água. Tudo? Leite materno. É aquilo... Vai dar mais sustento a ele e alimentar ele, porque agora ele já tomou o colostro né? [...] Acho muito bom que é o sustento dele, é a força dele. Às vezes as pessoas pensam: - Ah não, vou dar peito pro meu filho? Não, é dali que seu filho

> vai tirar força, só se ele tiver algum “poblema” com alimentação, leite materno, mas ele não tendo, é a melhor coisa. Os nutrientes vai tudo pra ele, as vitaminas da mãe, o cálcio e vai fortalecendo mais a criança e vai crescendo. (Cravo)

O casal Tulipa e Cravo referiram a filha mais velha como fonte de experiência com a amamentação, porém Tulipa demonstrou que a experiência não serviria de modelo devido ao longo tempo entre as gestações. Esse tempo, então, serve como fator de transformação da conduta por parte do contato com conhecimento científico e como esquecimento dela em relação ao manejo da amamentação.

Alguns depoimentos demonstraram que os pais tendem a aceitar o que é determinado pelos profissionais de saúde e pela hospitalização em uma maternidade e isso inclui o tipo de aleitamento do seu bebê prematuro.

> Mas a enfermeira falou que provavelmente eu vou ter que continuar com o complemento em casa, porque... Por causa do leite... Porque é duas, que eu não vou ter leite suficiente pras duas... (Flor do campo)
>
> Eu achei bom, porque se é pro bem da criança, tem que usar. Se fosse pra fazer mal, ninguém ia fazer isso, né? Quer dizer, se é pro bem dela, tem que usar mesmo, né? Tem que colocar e sem problema nenhum. [...] Só que com o complemento, que são duas, né? Ai tem que ter o complemento do nan, não tem jeito. Como a pediatra falou, né? Impossível dar o peito as duas sempre e não dá o complemento, né? Tem que dar. Mas a gente corre atrás e consegue tudo. [...] Não tem como não ser, né? Não tem como a gente não achar bom, né? E sei lá quando é pro bem da criança e pro bem da gente também, né? A gente tem que gostar e não tem que fazer questão de alguma coisa não. Tem que ser do jeito que é, né? [...] Porque eu sei que tudo que eles fazem aqui é pro bem da criança, então já tava ciente, já, do que poderia acontecer. (Cacto)
>
> Mas sigo as regras [...] Eu sei que faz parte do tratamento dele, da dietinha dele, respeito, aceito. (Tulipa)

As falas de Flor do Campo e Cacto, especificamente, destacam-se em função da forte atribuição de poder ao discurso do profissional de saúde, sendo realidade a constante utilização de fórmula na alimentação de prematuros nas maternidades. De acordo com Crestani *et al* (2012) existe associação entre aleitamento misto e as características prematuridade, baixo peso e presença de intercorrências ao nascimento. Esse dado enfatiza a ideia de que os bebês prematuros, sobretudo com baixo peso, merecem uma atenção especial pelas possíveis sequelas orgânicas e interacionais que podem surgir em seu desenvolvimento decorrente do aleitamento com fórmulas.

As filhas de Flor do Campo, além de prematuras, são muito baixo peso ao nascimento, justificando a prescrição da fórmula. A filha de Violeta e Cacto, que foi reinternada é gêmea, prematura e baixo peso ao nascimento, o que também justifica. Porém, a partir dos depoimentos e dados dos prontuários, foi possível perceber que a mãe Violeta teve problemas com a produção de leite, provavelmente, em razão do seu emocional a partir das suas condições de saúde no pós-parto. Assim, ela foi incentivada a realizar a ordenha para estimular a produção de leite. Flor do Campo, não fez referência à ordenha em seu depoimento e não tinha dificuldades de produção de leite, mas o incentivo e a informação sobre essa iniciativa também poderiam ser direcionados a ela. Essa medida poderia ajuda-la possibilitando o aleitamento materno exclusivo, visto que os bancos de leite humano têm o objetivo de armazenar o leite materno para que se possa usá-lo na alimentação dos bebês e, assim, ela poderia dar continuidade em casa a este tipo de aleitamento.

Apesar de possuir conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, as mães referem dificuldade quanto à realização do ato:

> A gente tem certas dificuldades... (Tulipa)
> Eu também não sabia como amamentar... (Margarida)
> Então eu sozinha não vou conseguir, tentar estimular, dar amamentar pra ela. Então, é complicado. (Flor do campo)

Quanto à insuficiência da produção de leite materno e dificuldade na realização da ordenha:

> Mas infelizmente não dá porque, assim, devido ao que eu passei, os problemas que eu passei, assim, o meu leite não... Acho que não tem o suficiente pras duas, então eu to tentando tirar, mas não consigo, dá muito pouco, ai eu to dando o Nan. [...]
> Mas eu mesmo não consigo, não consigo em casa fazer a massagem. [...] Assim, de mim mesmo acho que não dá certo, logo, ainda mais pra duas, eu... Sei lá... (Violeta)

Além de referir dor:

> Mas não sei se vou aguentar não... (risos) que já dói um pouco quando elas pegam, mas ai... Acho que depende muito delas também, né? (Flor do campo)

Esses dados corroboram com os resultados encontrados no estudo realizado por Crestani *et al* (2012), no qual sugeriram que o aleitamento materno exclusivo é influenciado por vários fatores como as reações maternas diante do desafio de ser mãe, disponibilidade materna em amamentar e condições biológicas do bebê. Com isso, as relações da díade mãe-bebê diante de dificuldades com o aleitamento materno exclusivo devem ser olhadas com

maior cuidado. Nos casos referidos nessa pesquisa, essas dificuldades estão mais relacionadas ao aleitamento materno para, a partir do acolhimento a essas questões mencionadas pelas mães, poder estimular e favorecer o aleitamento materno exclusivo. Para isso é essencial a motivação e ação da equipe multiprofissional de saúde.

Nos depoimentos coletados foi possível perceber a projeção que se faz a respeito da alimentação dos filhos, tanto por parte das mães quanto por parte dos pais. Ficou evidenciado que as mães estão informadas a respeito do tempo de amamentação recomendado pela OMS, assim, demonstraram quererem amamentar exclusivamente até pelo menos os seis meses de vida do bebê, prezando pela sua saúde.

> Até seis meses só peito e depois entrar com comidinha pra ele, mas eu gostaria que ele ficasse no peito até dois anos. (Tulipa)
>
> Ah eu quero que elas sejam saudáveis, né? Não sei assim se elas vão poder se alimentar aos seis meses, mas dar bastante legumes, pra elas 'ter' bastante forças, né? Porque prematuro tem que ter uma boa alimentação. (Rosa)
>
> Eu vou continuar tentando dar o leite do peito até não aguentar mais, até quando elas tiverem pelo menos oito meses, um ano que ajuda bastante, né? (Flor do campo)

Margarida referiu que interrompeu sua vida profissional para poder ter tempo de se dedicar a alimentação e aos cuidados de que suas filhas gêmeas prematuras necessitam e imprimiu em suas palavras o desejo de poder cuidar delas em um ambiente em que ela se sente mais à vontade.

> Mas não adianta, nada como nossa casa, né? É bem mais tranquilo. (Margarida)

Segundo Cruz e Sebastião (2015) em relação à amamentação no lar após alta hospitalar, os relatos de mães de bebês prematuros indicaram que este processo ocorreu com maior tranquilidade. Porém o ganho de peso do bebê gera preocupação e realização de aleitamento misto.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prematuridade traz uma série de questões biológicas e emocionais que envolvem a assistência hospitalar à saúde destes bebês. Nestas condições, as mães e os pais se percebem inseridos no cotidiano de uma Unidade Neonatal fazendo parte do cuidado necessário ao filho prematuro. Muitas situações são vivenciadas nesse contexto e a equipe multidisciplinar convive com a família em sua rotina, embora ainda não seja atribuído a esta o papel de protagonistas do cuidado aos filhos quando presentes no ambiente intensivo.

Na assistência à saúde do bebê prematuro, a complexidade da sua imaturidade biológica torna o dia a dia desafiador para os profissionais de saúde envolvidos nessa questão. A fonoaudiologia é uma das profissões que se dedicam a esta complexidade intervindo de maneira a facilitar e a favorecer o desenvolvimento do sistema estomatognático e suas funções a partir da amamentação.

Por suas condições clínicas, o prematuro que se encontra na Unidade Neonatal, geralmente, se alimenta primeiro através de sonda para, posteriormente, se alimentar pela boca. Assim, faz-se necessário a realização da transição da via de alimentação para que o bebê possa sugar no seio e efetivar o aleitamento materno. Muitas vezes as mães e os pais de prematuros vivem essa experiência de maneira isolada pelos profissionais de saúde, não levando em consideração suas questões e sentimentos. Assim, deixa-se de agregar valores e opiniões familiares na assistência neonatal, corroborando com o desentendimento e despersonalização de todo o processo de hospitalização. Essa atitude dificulta o envolvimento dos familiares na recuperação dos bebês diante da prematuridade, contribuindo com a falta de compreensão sobre os cuidados necessários aos filhos prematuros e tornando a assistência centralizada nas técnicas e no manejo.

Nesse sentido, o presente estudo indicou que as mães e os pais que vivenciam esse processo durante a hospitalização dos seus filhos prematuros conseguem se contextualizar perante o momento, o ambiente e à diversidade de desafios enfrentados. Em geral, se sentem preocupados com o quadro clínico, mas confiam no atendimento e acreditam na necessidade de toda a assistência para benefício do filho diante da prematuridade. Fatores como ganho de peso, controle dos sinais vitais, transferência do local de internação, tempo de hospitalização, condições da saúde materna pós-parto e escassez de recursos humanos fazem parte do conjunto de elementos que identificam e caracterizam o ambiente na Unidade Hospitalar.

Em relação aos sentimentos e emoções vivenciados em função do ambiente hospitalar, foram identificados nos depoimentos: ansiedade para amamentar, sofrimento diante do falecimento e do risco de vida na prematuridade, desorientação emocional e fortalecimento do mesmo para conseguir lidar com as situações pertinentes. No que se refere aos cuidados na assistência, todos os participantes da pesquisa referiram se sentir bem atendidos, porém alguns demonstraram estar desinformados em determinados momentos dessa vivência, assim como, outros se mostraram sem conhecimentos que direcionassem sua opinião ou atitude a respeito da transição para a via oral nos seus filhos. Identificou-se, também, a valorização da assistência voltada para a amamentação.

Os dados coletados evidenciaram que em meio a todos esses sentimentos e emoções, as mães e os pais vão construindo laços de afeto com o seu filho e entre eles. E foi a partir da construção desses laços que houve a valorização da participação do pai durante a hospitalização por parte de todos os participantes do estudo.

Em relação à vivência da transição da alimentação por sonda para a via oral, os depoimentos mostraram que foram atribuídos significados variados para o uso da sonda, mas que, em síntese, ela é vista de maneira negativa e, ao mesmo tempo, aceitável. Referente à experimentação das técnicas utilizadas nessa transição, as mães se mostraram mais envolvidas do que os pais, por isso conseguem identificá-las e, com isso, apresentam opiniões sobre as mesmas. Essas opiniões foram específicas, a partir de cada contexto, não canalizando uma preferência das mães quanto às técnicas. Todos os participantes manifestaram o desejo de que seu filho prematuro estivesse mamando ou continuasse a mamar no peito, e, assim, algumas mães referiram em seus depoimentos a necessidade do seu filho de aprender a sugar e as dificuldades encontradas para amamentar. Foram referidos também os planejamentos realizados quanto à alimentação e vida futura do bebê.

Os benefícios sobre a amamentação foram mencionados tanto pelas mães quanto por um pai e traduziram o desejo explicitado por eles sobre o filho prematuro mamar no peito. As experiências com outro filho mostraram-se como base para amamentação. Pôde-se notar que muitas vezes as mães e os pais possuem opiniões que divergem das condutas apresentadas pelos profissionais na assistência neonatal, contudo essa divergência não é posta em conversação e as condições são aceitas pelos pais e algumas vezes nem contestadas. Neste estudo, os dados mostraram que essa aceitação varia entre uma básica necessidade que a hospitalização impõe ao filho e à utilização de fórmula na alimentação de gemelares.

Quando a família do bebê prematuro é presente, o cuidado se amplifica fazendo com que os fatores positivos se consolidem deixando o ambiente mais harmônico e favorável ao

bom prognóstico desses bebês. O envolvimento do fonoaudiólogo junto às mães e aos pais de prematuros permite a adoção de condutas baseadas nas potencialidades da tríade pai-mãe-bebê ponderando os desejos e vontades apresentados por eles. É válido lembrar que a família potencializa o cuidado, entretanto, a equipe de saúde, fonoaudiólogos e todos os outros profissionais envolvidos na assistência neonatal precisam de um olhar cauteloso para esta família agregando-a de forma acolhedora e a absorver todas as suas contribuições.

O incentivo ao aleitamento materno faz parte da atuação multiprofissional, pois é a maneira mais eficaz de promover saúde aos bebês prematuros. Entretanto, sem o envolvimento da equipe de saúde atrelado ao apoio e ao cuidado materno e paterno, tudo se torna mais difícil para aquele novo ser.

É importante ressaltar a necessidade de novos estudos nessa área que avancem as evidências em relação às percepções e vivências maternas e paternas associadas às técnicas e manejo do processo de transição para via oral a fim de aprimorar essa assistência fazendo-a eficaz, eficiente e mais humana.

REFERÊNCIAS

ALFAYA, Cristiane; SCHERMANN, Ligia. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 2, 279-285, 2005.

AQUINO, Rebeca Raposo; OSÓRIO, Mônica Maria. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p.11-6, 2008.

ALMEIDA, Honorina de. Situações especiais do lactente. In: CARVALHO, Marcus Renato; TAVARES, Luís Alberto Mussa. (Org). **Amamentação:** Bases Científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 260p. Título original: L' Analyse de contenu.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 1. Ed: Edições 70 – Brasil. 2011.

BERVIAN, Juliane; FONTANA, Marilea; CAUS, Bruna. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 13, n. 2, p. 76-81, maio/agosto 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional, nº 65 de 2010. Da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso. In: **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 de maio de 2015.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-Canguru:** manual do curso. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. – 1ª edição. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança:** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1, histórico e implementação/ Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78 p.: il.- (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos** – Sinasc. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 15 de Junho de 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. 1ed. 2000, 2 ed. 2011a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso** – Método canguru: manual técnico. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 204p.

CARVALHO, Gabriela Dorothy de. Amamentação: enfoque odontológico. In: CARVALHO, Marcus Renato; TAVARES, Luís Alberto Mussa. (Org). **Amamentação:** Bases Científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

COCHRAN, Willian D. História e Exame Físico do Recém- nascido In: CLOHERTY, John P.; Stark, Ann R. **Manual de Neonatologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editoral Médica e Científica. 2000. p 32-39.

CRESTANI, Anelise Henrich; SOUZA, Ana Paula Ramos de; BELTRAMI, Luciane; MORAES, Anaelena Bragança. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Santa Maria, v. 24, n. 3, p. 205-10, 2012.

CRUZ, Mariana Ramalho; SEBASTIÃO, Luciana Tavares. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 27, n. 1, p. 76-84, 2015.

DELGADO, Susana Elena; HALPERN, Ricardo. Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternos. **Arquivos Médicos**, v. 7, n. 2, 2004.

FALCÃO, Mário Cícero. Terapia nutricional do recém-nascido. In: HERNANDEZ, Ana Maria (Org). **Conhecimentos Essenciais para atender bem o neonato.** 1ª ed. São José dos Campos: Pulso, 2003.

FUJINAGA, Cristina I de; DUCA, Ana Paula; PETRONI, Raquel Aparecida Cardozo de Lima; ROSA, Claudia Helena. Indicações e uso da técnica “sonda-dedo”. **Revista CEFAC**, 2010.

FUJINAGA, Cristina Ide Fujinaga; ZAMBERLAN, Nelma Ellen; RODARTE, Milena Domingos de Oliveira; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 19, n. 2, p. 143-150, abr.-jun. 2007.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, jul-ago, v. 58, n. 4, p. 444-8, 2005.

GORGULHO, Fernanda da Rocha; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 19-24, 2008.

GUTIERREZ, Liza; DELGADO, Suzana E; COSTA, Arlenio P da. Caracterização do uso da técnica do copo em uti neonatal de um hospital público. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 1, p. 22-31, 2006.

HERNANDEZ, Ana Maria. Atuação Fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: Hernandez, Ana Maria, MARCHESAN, Irene. (Org) **Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar**. 2001. Rio de Janeiro: Revinter. p. 1-37.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil. Acesso em: 15 de junho de 2014.

LEAL, Maria do Carmo (Coord.). **Nascer no Brasil**. Sumário executivo temático da pesquisa. 2014.

LÓPEZ, Claudia Peyres; CHIARI, Brasília Maria; GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira; GOULART, Ana Lucia; KOPELMAN, Benjamin Israel. A utilização do copo na complementação do aleitamento materno: considerações fonoaudiológicas. In: HERNANDEZ, Ana Maria (Org). **Conhecimentos Essenciais para atender bem o neonato.** 1ª ed. São José dos Campos: Pulso, 2003.

MEDEIROS, Andréa Monteiro Correia; BERNARDI, Aretha Tatiane. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 1, p. 73-9, 2011.

MEDEIROS, Andréa Monteiro Correia; SÁ, Thalta Prata Leite de; ALVELOS, Conceição Lima; NOVAIS, Deborah Sabina Farias. Intervenção fonoaudiológica na transição alimentar de sonda para peito em recém-nascidos do Método Canguru. **Audiology-Communication Research**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2014.

MELLO JUNIOR, Wilson, ROMUALDO, Genair Silva. Anatomia e fisiologia da lactação e do sistema estomatoganático. In: CARVALHO, Marcus Renato; TAVARES, Luís Alberto Mussa. (Org). **Amamentação:** Bases Científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

MONTI, Mariana Miranda Fumelli; BOTEGA, Marilda Baggio Serrano; LIMA, Maria Cecília Marconi Pinheiro; KUBOTA, Sabrina Maria Pereira. Demanda para intervenção fonoaudiológica em uma unidade neonatal de um hospital-escola. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1540-51, 2013.

MOURA, Erly Catarina de. Nutrição. In: CARVALHO, Marcus Renato; TAVARES, Luís Alberto Mussa. (Org). **Amamentação:** Bases Científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

NASCIMENTO, Maria Beatriz R; ISSLER, Hugo. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria** (Rio J). 2004; v. 80, n. 5, p. S163-S172, 2004.

NEIVA, Flávia Cristina Brisque; CATTONI, Débora Martins; RAMOS José Lauro de Araújo; ISSLER, Hugo. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**; v. 79, n.1, 2003.

NEIVA, Flávia Cristina Brisque; LEONE, Cléa Rorigues. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 19, n. 3, p. 241-248, jul.-set. 2007.

NYQVIST, Kerstin H; EWALD, Uwe. Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 2, 2006.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/dez 2008.

OLIVEIRA, Tatiana Gandolfi de; FREIRE, Paula Vieira; MOREIRA, Flávia Thomé; MORAES, Juliana da Silva Bemfeito de; ARRELARO, Raquel Coris; ROSSI, Sarah; RICARDI, Viviane Alves; JULIANO, Yara; NOVO, Neil Ferreira; BERTAGNON, José Ricardo Dias. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Revista Einstein**, v. 10, n. 1, p. 22-8. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno:** O papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989.

PIMENTA, Hellen P; MOREIRA, Maria E L; ROCHA, Adriana Duarte; GOMES JUNIOR, Saint Clair; PINTO, Liana W; LUCENA, Sabrina Lopes. Effects of non-nutritive sucking and oral stimulation on breastfeeding rates for preterm, low birth weight infants: a randomized clinical trial. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 5; p. 423-7, 2008.

REZENDE FILHO, Jorge; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

ROCHA, Marilene de Souza; DELGADO, Susana Elena. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo com gastrosquise. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 1, p. 55-62, 2007.

RODRIGUES, Gisele. **Sucção nutritiva e não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo: ritmo e taxa de sucção.** 2007. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em

Distúrbios da Comunicação Humana). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2007.

ROSSETO, Edilaine Giovanini. **O uso da translactação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros:** ensaio clínico randomizado. 2011. 150 f Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SANCHES, Maria Teresa Cera. Enfoque fonoaudiológico. In: CARVALHO, Marcus Renato; TAVARES, Luís Alberto Mussa. (Org). **Amamentação:** Bases Científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

SANTANA, Maria da Conceição Carneiro Pessoa; *et al*. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 411-417, 2010.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan *et al*. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Acta Paul Enferm**, 2010.

SILVA, Rosangela Venâncio da; SILVA, Isília Aparecida. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2009.

SILVEIRA, Mariângela F; SANTOS, Iná S; BARROS, Aluisio J D; MATIJASEVICH, Alicia; BARROS, Fernando C; VICTORIA, Cesar G.
Aumento da Prematuridade no Brasil: Revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

SILVEIRA, Rita de Cássia. Seguimento Ambulatorial do prematuro de risco. **Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria**. 1ª ed. 2012.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira de; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.

TOMA, Tereza Setsuko; MONTEIRO, Carlos Augusto. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p.409-14, 2001.

XAVIER, Claudia. Intervenção Fonoaudiológica em Bebês de Risco. In: FERREIRA, L. P.; BEFFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Org). **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 2004. p. 416-438.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), estamos desenvolvendo uma pesquisa nesta instituição denominada **Transição para a via oral na alimentação de bebês prematuros: vivências das mães e dos pais**.

Informamos que esse estudo pretende conhecer e refletir como os pais vivenciam o processo de mudança da alimentação por sonda para amamentação do seu filho prematuro internado na Unidade Neonatal. Assim, para a realização da pesquisa, nós, as pesquisadoras, faremos uma entrevista com gravação de voz em local reservado e no momento indicado pelo (a) senhor (a).

A pesquisa não oferece danos para sua saúde e a de seu neném, nem riscos ou prejuízos ao tratamento, pois o estudo não propõe nenhuma intervenção ou procedimento. Será assegurado o acesso ao serviço de psicologia da Maternidade-Escola, caso o senhor (a) se sinta desconfortável emocionalmente ao responder as perguntas, durante o período da entrevista e das observações.

Caso o (a) senhor (a) aceite participar, seu bebê será apenas observado quando o (a) senhor (a) estiver junto dele na Unidade Neonatal. Não são previstos benefícios diretos para o (a) senhor(a) ao participar do estudo, mas a verbalização das vivências pode, em certa medida, trazer benefícios emocionais e maior envolvimento dos pais com o bebê na Unidade Neonatal, contribuindo com o serviço e, assim, somando conhecimentos para o cuidado das mães, dos pais e dos seus bebês prematuros na Unidade Neonatal.

Asseguramos que o (a) senhor (a) tem total liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar desta pesquisa, sem que isto represente prejuízo à sua condição e/ou tratamento de seu filho. Também tem garantia de receber informações sobre o estudo, esclarecimento e orientação com relação a qualquer dúvida que tenha.

Seus depoimentos e as observações realizadas serão usados apenas para fins de estudo, portanto, seus nomes verdadeiros não serão citados em nenhum momento, para lhe garantir sigilo, ou seja, que o (a) senhor (a) não tenha sua identificação pessoal reconhecida.

Não haverá gastos financeiros de sua parte em nenhuma fase relacionada ao estudo, pois os mesmos serão custeados pelas pesquisadoras. Caso tenha queixas relacionadas ao contato com as responsáveis pelo estudo, o (a) senhor (a) poderá recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição.

Sua participação e o preenchimento deste documento são fundamentais para a realização desta pesquisa que pretende contribuir para a melhoria da assistência neonatal.

Agradecemos antecipadamente sua atenção.

PESQUISADORAS

Fonoaudióloga Naiara Tatiele Matos Fonsêca

_____

Enfermeira Drª Laura Johanson da Silva

_____

CONTATO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Naiara Tatiele Matos Fonsêca

Tel.: (0XX21) 2254-4782 / 98049-4665

E-mail: naiaratatielefono@hotmail.com

CONSENTIMENTO

Eu, (nome completo) _____

_____

concordo voluntariamente em participar da pesquisa descrita, nas condições do termo acima. Autorizo que meus depoimentos gravados e a observação de minha pessoa e de meu bebê sejam utilizados, para fins de estudo e divulgação de seus respectivos resultados no meio acadêmico (eventos e/ou publicações), tendo garantido meu anonimato.

Data: / /

Assinatura do (a) participante:

_____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS E SEU BEBÊ

1. Nome:

2. Idade:

3. Procedência:

4. Atuação profissional:

5. Escolaridade:

6. Situação conjugal:

CONHECENDO A VIVÊNCIA MATERNA

1. Como está sendo para a senhora a experiência de ter seu (s) bebê (s) hospitalizado na Unidade Neonatal?

2. O que a senhora pensa e sente sobre a alimentação do seu bebê? Quais são suas expectativas?

3. Como a senhora percebe os cuidados e técnicas dos profissionais no apoio para que o seu bebê consiga sugar e sair da sonda?

4. Conte-me o que a senhora pensa e sente sobre a participação do pai do (s) seu (s) bebê (s) neste momento.

CONHECENDO A VIVÊNCIA PATERNA

1. Como está sendo para o senhor a experiência de ter seu (s) bebê (s) hospitalizado na Unidade Neonatal?

2. O que o senhor pensa e sente sobre a alimentação do seu bebê? Quais são suas expectativas?

3. Como o senhor percebe os cuidados e técnicas dos profissionais no apoio para que o seu bebê consiga sugar e sair da sonda?

4. Conte-me o que o senhor pensa e sente sobre a participação da mãe do (s) seu (s) bebê (s) neste momento.

5. Conte-me o que o senhor pensa e sente sobre a sua participação neste momento da vida do (s) seu (s) bebê (s).

APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Data da Observação:

Local da Observação:

Dias de vida do bebê:

Idade corrigida do bebê:

Familiar envolvido na alimentação: ( )mãe ( )pai

Via de alimentação alternativa utilizada: ( ) sonda nasogástrica ( ) sonda orogástrica ( ) parenteral

Técnica (s) utilizada (s): ( ) copinho ( ) chuca ( ) finger-feeding ( ) amamentação

( ) outra _____

Descrição da observação:
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE D – SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E DE SIGNIFICAÇÃO NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

01	02	03									04	05
Código do Tema	Temas/Unidade de Significação	CORPUS I Tulipa	CORPUS II Orquídea	CORPUS III Girassol	CORPUS IV Flor do Campo	CORPUS V Margarida	CORPUS VI Violeta	CORPUS VII Rosa	CORPUS VIII Cravo	CORPUS IX Cacto	Total de URs	Nº total de corpus analisados
A	VIVENDO A CONDIÇÃO DE PREMATURIDADE	**1**	**-**	**1**	**2**	**2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**6**	**4**
B	EXPERIMENTANDO OS DESAFIOS DA HOSPITALIZAÇÃO	**4**	**10**	**2**	**5**	**7**	**3**	**8**	**3**	**1**	**43**	**9**
C	SENTINDO-SE BEM ATENDIDO (A)	**5**	**3**	**2**	**5**	**5**	**4**	**2**	**2**	**3**	**31**	**9**
D	SENTINDO-SE SEM CONHECIMENTO OU DESINFORMADO (A) SOBRE A TRANSIÇÃO ORAL OU OUTRA SITUAÇÃO	**-**	**6**	**2**	**1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**9**	**3**
E	CONSTRUINDO LAÇOS DE AFETO COM O (OS) BEBÊ (S)	**2**	**-**	**-**	**1**	**3**	**-**	**-**	**4**	**1**	**11**	**5**
F	VALORIZANDO A PARTICIPAÇÃO PATERNA	**2**	**3**	**3**	**2**	**4**	**1**	**3**	**3**	**6**	**27**	**9**
G	SIGNIFICANDO A SONDA	**1**	**3**	**1**	**4**	**3**	**1**	**7**	**1**	**1**	**22**	**9**
H	DESEJANDO QUE O BEBÊ MAME NO PEITO	**5**	**3**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**1**	**1**	**20**	**9**

Fonte: OLIVEIRA, Denize Cristina de; 2008. (Continua)

APÊNDICE D - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E DE SIGNIFICAÇÃO NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

01	02	03									04	05
Código do Tema	Temas/Unidade de Significação	CORPUS I Tulipa	CORPUS II Orquídea	CORPUS III Girassol	CORPUS IV Flor do Campo	CORPUS V Margarida	CORPUS VI Violeta	CORPUS VII Rosa	CORPUS VIII Cravo	CORPUS IX Cacto	Total de URs	Nº total de corpus analisados
I	EXPERIMENTANDO AS TÉCNICAS DE ALIMENTAÇÃO ORAL	**1**	**3**	**6**	**3**	**3**	**1**	**1**	**-**	**-**	**18**	**7**
J	PERCEBENDO A NECESSIDADE DO BEBÊ DE APRENDER A SUGAR	**-**	**2**	**2**	**2**	**-**	**-**	**2**	**-**	**-**	**8**	**4**
L	EXPONDO SEUS CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS SOBRE A AMAMENTAÇÃO	**4**	**-**	**-**	**3**	**1**	**-**	**-**	**5**	**-**	**13**	**4**
M	ACEITANDO O QUE É DETERMINADO PELOS PROFISSIONAIS E PELA HOSPITALIZAÇÃO	**2**	**-**	**2**	**2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**4**	**10**	**4**
N	REFERINDO DIFICULDADES PARA AMAMENTAR	**1**	**-**	**-**	**2**	**1**	**4**	**-**	**-**	**-**	**8**	**4**
O	PROJETANDO A ALIMENTAÇÃO E VIDA FUTURA DO BEBÊ	**1**	**-**	**1**	**1**	**2**	**-**	**2**	**-**	**-**	**7**	**5**
	Total UR:	**29**	**33**	**24**	**35**	**33**	**16**	**27**	**19**	**17**	**233**	**85**

APÊNDICE E – SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

01	02	03	04	05	06	07
Código do tema	Temas/ Unidades de significação	Nº UR/Tema	% UR/Tema	Categorias	Nº UR/ Categoria	% UR/ Categoria
A	VIVENDO A CONDIÇÃO DE PREMATURIDADE	6	2,57 %	**Vivendo a transição dos dias de hospitalização: os desafios diante da prematuridade**	127	**54,51%**
B	EXPERIMENTANDO OS DESAFIOS DA HOSPITALIZAÇÃO	43	18,45%			
C	SENTINDO-SE BEM ATENDIDO (A)	31	13,30%			
D	SENTINDO-SE SEM CONHECIMENTO OU DESINFORMADO (A) SOBRE A TRANSIÇÃO ORAL OU OUTRA SITUAÇÃO	9	3,86%			
E	CONSTRUINDO LAÇOS DE AFETO COM O (OS) BEBÊ(S)	11	4,72%			
F	VALORIZANDO A PARTICIPAÇÃO PATERNA	27	11,59%			
G	SIGNIFICANDO A SONDA	22	9,44%	**Vivendo a transição da sonda para a alimentação oral: os desafios de sugar e amamentar**	106	**45,49%**
H	DESEJANDO QUE O BEBÊ MAME NO PEITO	20	8,58%			
I	EXPERIMENTANDO AS TÉCNICAS DE ALIMENTAÇÃO ORAL	18	7,72%			
J	PERCEBENDO A NECESSIDADE DO BEBÊ DE APRENDER A SUGAR	8	3,43%			
L	EXPONDO SEUS CONHECIMENTOS SOBRE OS BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO	13	5,58%			
M	ACEITANDO O QUE É DETERMINADO PELOS PROFISSIONAIS E PELA HOSPITALIZAÇÃO	10	4,29%			
N	REFERINDO DIFICULDADES PARA AMAMENTAR	8	3,43%			
O	PROJETANDO A ALIMENTAÇÃO E VIDA FUTURA DO BEBÊ	7	3,04%			
	Total UR:	233	100%			

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSIÇÃO PARA VIA ORAL NA ALIMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: VIVÊNCIAS DA MÃE E DO PAI

Pesquisador: Naiara Tatiele Matos Fonseca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36861014.8.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 882.369

Data da Relatoria: 13/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Monografia a ser apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Atenção Integral à Saúde Materno-infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), sob orientação da Profa. Dra. Laura Johanson da Silva. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, do tipo Estudo de Caso, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa serão as mães e os pais de bebês prematuros que estejam vivenciando o processo de transição da via de alimentação alternativa para a oral na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O tamanho amostral estimado é de vinte participantes. A coleta de dados ocorrerá por meio de consulta aos prontuários maternos e neonatais, e entrevista com os pais, em melhor momento indicado por eles e em local reservado. Será empregada a entrevista estruturada e as mesmas serão gravadas por um gravador digital. Como técnica adicional, o diário de campo será utilizado para o registro de observações livres dos participantes. A análise qualitativa dos resultados será feita a partir da metodologia de análise de conteúdo, proposta por Bardin. O projeto é muito bem escrito, tem citações bibliográficas que respaldam o referencial teórico e a metodologia. O orçamento, cronograma e currículo lattes da orientadora está disponíveis, bem como o roteiro da entrevista e observação a serem empregados no projeto, além do TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é compreender a vivência da mãe e do pai no processo de transição da via de alimentação alternativa para a oral de recém-nascidos prematuros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a descrição metodológica apresentada, os riscos aos participantes estão restritos a instabilidade emocional no momento da entrevista, sendo assegurado aos mesmos o acesso ao serviço de psicologia da Maternidade-Escola, nos casos em que se fizer necessário. Para isso as entrevistas ocorrerão no período e local escolhidos pelos pais. Os pesquisadores garantem que serão garantidos o sigilo e confidencialidade acerca das informações coletadas. É garantido também que os resultados serão publicados sem que seja possível a identificação dos participantes. Como benefícios do estudo, os pesquisadores descrevem que não são previstos benefícios diretos para os participantes do estudo, contudo descrevem que a verbalização das vivências poderá trazer benefícios emocionais e maior envolvimento dos pais com o bebê na Unidade Neonatal, contribuindo com o serviço e, assim, somando conhecimentos para o cuidado das mães, dos pais e dos seus bebês prematuros na Unidade Neonatal. Os riscos e benefícios estão descritos no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e, poderá servir como fundamento para mudanças de paradigmas na assistência ao bebê prematuro no momento da transição da via alternativa de alimentação para a oral. O projeto atende aos aspectos éticos previstos pela resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O orçamento, cronograma e currículo lattes da orientadora estão disponíveis, bem como o roteiro da entrevista e observação a serem empregados no projeto, além do TCLE. No projeto estão descritos os riscos e benefícios para os participantes e há um TCLE no qual os pesquisadores se comprometem com o sigilo e confidencialidade acerca das informações coletadas.

Recomendações:

O projeto foi revisado segundo as sugestões do relator. Foi incluído maior detalhamento acerca das informações a serem coletadas dos prontuários e, feita a modificação no TCLE com a inclusão das informações que serão coletadas dos prontuários maternos e neonatais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto revisado atende as exigências da Resolução 466/2012 e não apresenta pendências ou

inadequações, sendo considerado pelo relator como APROVADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório semestral das atividades desenvolvidas a contar da data de sua aprovação (item X.1.b., da resolução CNS/MS Nº 466/2012).

Esclarecemos, que o CEP/ME-UFRJ deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças no método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso, o mesmo venha a ser interrompido.

RIO DE JANEIRO, 24 de Novembro de 2014

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1556-9747 **Fax:** (21)1205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br