



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

JULIANA NASCIMENTO

**MATERNAGEM ENTRE O SEIO QUE ESPERA E A SONDA QUE AMAMENTA:
TRANSIÇÕES DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS**

RIO DE JANEIRO

2018

JULIANA NASCIMENTO

**MATERNAGEM ENTRE O SEIO QUE ESPERA E A SONDA QUE AMAMENTA:
TRANSIÇÕES DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS**

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

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

Rio de Janeiro

2018

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

N244 Nascimento, Juliana
Maternagem entre o seio que espera e a sonda que amamenta: transições de mães de recém-nascidos com sondas gástricas / Juliana Nascimento. -- Rio de Janeiro, 2018.
131 f.

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Recém-nascido prematuro. 3. Relações mãe-filho. 4. Enfermagem materno-infantil. 5. Nutrição enteral. I. Santos, Inês Maria Meneses dos, orient. II. Título.

JULIANA NASCIMENTO

**MATERNAGEM ENTRE O SEIO QUE ESPERA E A SONDA QUE AMAMENTA:
TRANSIÇÕES DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS**

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

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

Aprovação: _____.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Inês Maria Meneses dos Santos
Presidente – UNIRIO

Prof.^a Dra. Laura Johanson da Silva
2^a Examinadora – UNIRIO

Prof.^a Dra. Eliza Cristina Macedo
Suplente – UNIRIO

Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos
1^a Examinadora – UERJ

Prof.^a Dra. Noélia Silva Ladislau Leite
Suplente – IFF/FIOCRUZ

Dedico este trabalho às mães de todos os bebês que necessitaram da UTIN. Foi aprendendo com a fragilidade e força de vocês que me construo a cada dia uma melhor pessoa e uma melhor enfermeira.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado por caminhos que eu não acreditava ter forças para trilhar, mas o Senhor me mostrou ser possível.

À minha mamãe, por ser inspiração na minha vida. Obrigada por compartilhar comigo seu amor e sensibilidade quando eu não tinha nem forças para mamar no peito. Mãe, eu cresci! Não sou mais a sua bebê “prematura de peso”!

Ao meu papai, por me apoiar e amar desde sempre! Obrigada por me transmitir também o seu cuidado único e especial, por ter sido o fotógrafo do momento do leitinho pela sonda e por ser o pai mais coruja do mundo!

Às minhas irmãs Nara e Diana, por serem as melhores irmãs do mundo! Por me apoiarem nas horas difíceis, por me aturarem nos meus momentos de chatice e por serem minhas maiores torcedoras! Amo vocês.

A todos os meus familiares e amigos que acreditaram, torceram e contribuíram direta ou indiretamente para essa conquista.

À Unirio, à Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, ao NuPEEMC, por terem me acolhido tão bem, o que fez me sentir em casa!

À minha orientadora, professora Inês, por ter acreditado em mim. Obrigada por me estimular a seguir em frente.

À professora Laura, pelas contribuições e parceria. Obrigada por ter segurado a minha mão na entrada do cenário de pesquisa e me encorajado quando precisei mudar.

À professora Rosângela, pelas aulas e exemplo de profissionalismo que contribuíram para o crescimento e redirecionamento do estudo.

À professora Eliza, pelo conhecimento sobre revisão integrativa que me capacitou a me aprofundar nessa metodologia.

À enfermeira Noélia, pelos exemplos diários de cuidados de enfermagem, café terapêutico, amizade e ensinamentos que me tiraram de bloqueios criativos.

A todas as mulheres que se disponibilizaram a compartilhar suas histórias e brilhantes narrativas de vida para este estudo! Muito obrigada!

RESUMO

NASCIMENTO, Juliana. **Maternagem entre o seio que espera e a sonda que amamenta: transições de mães de recém-nascidos com sondas gástricas.** 2018. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Esta pesquisa tem como tema a alimentação de recém-nascido através de sonda gástrica. Como objeto de estudo a maternagem de mulheres com filho recém-nascido alimentado através de sonda gástrica. Objetivou-se analisar a maternagem de mulheres que podem amamentar, mas seus filhos recém-nascidos se alimentam através da sonda gástrica. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, utilizando como método Narrativa de Vida segundo o referencial de Daniel Bertaux. A coleta de dados foi realizada através de um formulário para características socioeconômicas, histórico gestacional e do bebê e através de entrevista individual com a seguinte pergunta norteadora: “Fale-me como foi para você desenvolver o cuidado com seu bebê com relação à alimentação do mesmo dentro da UTI Neonatal desde que ele(a) nasceu”. O áudio foi gravado em mídia e posteriormente transcrito e anotações foram realizadas através do Diário de Campo. O cenário 1 do estudo foi um Hospital Universitário Federal localizado na cidade do Rio de Janeiro, abrangendo Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ambulatório de pediatria e enfermaria pediátrica. Devido a dificuldades de captação de participantes no cenário, foi necessário utilizar a técnica bola de neve. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado com o número de Parecer 1.836.374, e sua emenda com Parecer de número 2.151.951. As participantes do estudo foram as mães de recém-nascidos que estão ou estiveram internados na UTIN, alimentados através de sonda gástrica por incapacidade ou impossibilidade de sucção no seio materno. O critério de exclusão foram mulheres com patologias próprias impeditivas de amamentar. Participaram deste estudo 14 mulheres, sendo oito pelo cenário 1 e seis através da bola de neve. Todas sofreram parto pré-termo. Houve variação na idade da mulher durante o tempo que vivenciou a internação do bebê. As narrativas foram tratadas através da análise temática proposta por Bertaux. Foram identificadas 88 unidades temáticas na fase de codificação. Na recodificação, formaram-se nove agrupamentos que foram reagrupados em dois. Na síntese, esses dois agrupamentos originaram uma categoria analítica denominada “Experiências vivenciadas pelas mães do bebê com sonda gástrica: o desenvolvimento da maternagem no processo de alimentar o bebê na UTIN”. E dela, quatro subcategorias. Os resultados foram discutidos à luz da Teoria das Transições de Meleis e do conceito de maternagem por Winnicott. Encontrados nas subcategorias: 1- Primeiras impressões da realidade: as mulheres se surpreendem com o bebê real diferente do imaginário; narram sobre o sentimento de vazio; a falta de contato com o bebê; o medo da morte e sequelas relacionadas à prematuridade; sentimento de culpa pela prematuridade do bebê; cuidado de enfermagem com o lado emocional da mulher. Foram, identificados como elementos das transições, os eventos críticos: parto e internação do filho pré-termo; as transições do tipo desenvolvimental e situacional; 2- O início do processo de alimentar: o peito com a mãe e a sonda com o bebê: vivencia a perda do controle sobre a alimentação do bebê que antes se nutria pelo cordão umbilical; enfrentar o desejo de amamentar que existe antes do nascimento do bebê; frustração em não poder amamentar através do seio; pensamento no risco de vida do bebê e depois na alimentação; pouca participação da mulher

na alimentação do bebê em risco de vida; baixo estímulo para manutenção da lactação; sonda como algo diferente; ordenha como maternagem; ordenha como sinônimo de dor; o seio cheio, mas o bebê não mama - evento crítico: entrada da mulher na UTIN; transições do tipo situacional, desenvolvimental e saúde/doença; 3- A sonda gástrica e sua simbologia para as mulheres: sonda gástrica provocando dor, desconforto, lesões; necessária para a sobrevivência do bebê; associação com bebê doente; sonda como substituto do seio; amamentar através da sonda; não permite transmitir o amor de mãe; o último aparelho a sair; amor transmitido também pela mamadeira; ação de enfermagem com escuta ativa - evento crítico: a utilização da sonda gástrica (“o último aparelho a sair”); transições do tipo situacional e saúde/doença; 4- A UTIN e a enfermagem como dificultadores ou facilitadores no processo de alimentação do bebê: a mulher considera que pode amamentar através da sonda gástrica, logo a enfermagem facilita a maternagem através da alimentação do bebê quando permite que a mãe desenvolva esses cuidados. Quando a mulher se considera apenas espectadora dos cuidados, ela não se entende por mãe. Conhecer a rotina da UTIN pode ser considerado como facilitador ou dificultador do desenvolvimento da maternagem. A teoria das transições foi aplicada envolvendo todos os tópicos do esquema proposto por Meleis, no entanto, utilizamos os três eventos críticos evidenciados pelas narrativas, demarcando o início de algum tipo de transição. Pontuada a estratégia terapêutica de enfermagem que está diretamente relacionada aos padrões das transições e suas condições: a base é a comunicação; facilitar o acesso da mulher ao recém-nascido; estar presente e explicar a importância de cada etapa evolutiva do bebê; permitir que a mulher desenvolva cuidados com o bebê; escuta ativa; explicar a importância da ordenha mamária para mãe e bebê; permitir que a mulher amamente o filho pela sonda com sucção não nutritiva, gavar a dieta, olhar, cantar. Por fim, a maternagem pode ser desenvolvida através da alimentação do bebê por sonda gástrica. A sonda é um dispositivo capaz de substituir o seio materno enquanto o bebê não pode sugar, logo a sua simbologia permite que a mulher amamente através da sonda. A enfermagem pode contribuir para o desenvolvimento da maternagem dessa mulher e para transições mais saudáveis, basta ser um facilitador para que a mulher desenvolva seus cuidados únicos e especiais para seu bebê.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Recém-nascido prematuro; Relações mãe-filho; Enfermagem materno-infantil; Nutrição enteral.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Juliana. **Motherhood between the expecting breast and the breastfeeding tube: transitions of mothers of newborns with gastric tubes.** 2018. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This research has as its theme the feeding of newborns through gastric tube. The study object is women's mothering a newborn child fed through a gastric tube. The objective was to analyze the mothering of women who are able to breastfeed, but their newborn infants are fed through the gastric tube. This is a descriptive qualitative study, which used the Narrative of Life method according to Daniel Bertaux's theoretical framework. Data was collected through a form completed with socioeconomic characteristics, gestational and infant history and through an individual interview with the following guiding question: "Tell me about your experience in developing baby care for your baby regarding his or her feeding within the neonatal ICU since he or she was born." The audio was recorded on media and later transcribed, and notes were made in the Field Diary. The study's Scenario 1 was a Federal University Hospital located in the city of Rio de Janeiro, comprising Neonatal Intensive Care Unit (NICU), pediatric outpatient clinic and pediatric ward. Due to difficulties in capturing participants in this scenario, it was necessary to use the snowball technique. The study was submitted to the Research Ethics in Research, being approved under the opinion number 1,836,374, and its amendment under opinion number 2,151,951. The study participants were the mothers of newborns who are or were hospitalized in the NICU, fed by gastric tube due to incapacity or impossibility of sucking at the mother's breast. The exclusion criterion was women with pathologies that prevented them from breastfeeding. A total of 14 women participated in this study, eight from scenario 1 and six through snowball. All had preterm birth. Women's age varied regarding the time she experienced the baby's hospitalization. The narratives were treated through the thematic analysis proposed by Bertaux. Eighty-eight thematic units were identified in the coding stage. In the recoding, nine groupings were formed which were regrouped in two. In the synthesis, these two groups gave rise to an analytical category called "Experiences lived by mothers of babies with gastric tube: the development of motherhood in the process of feeding the baby in the NICU". And from it, four subcategories. The results were discussed in light of the Meleis Theory of Transitions and the concept of motherhood by Winnicott. There were found in subcategories: 1- First impressions of reality: women are surprised with the real baby different from the imaginary; express the feeling of emptiness; lack of contact with the baby; fear of death and sequelae related to prematurity; feeling guilty for the prematurity of the baby; nursing care for the woman's emotional side. The following critical events were identified as elements of the transitions: birth and hospitalization of the preterm child; developmental and situational transitions; 2- The beginning of the feeding process: the breast with the mother and the tube with the baby: mother experiences the loss of control over the baby feeding who was previously fed by the umbilical cord; face the desire to breastfeed that exists before the baby's birth; frustration at not being able to breastfeed; thinking about the the baby's life risk first and only secondly about feeding; low participation of women in feeding at risk infants; low stimulation for maintenance of lactation; tube as something different; milking as mothering; milking as synonymous with pain; the full breast, but the baby is not breastfeeding - critical

event: woman's entry into the NICU; situational, developmental, and health/disease transitions; 3- The gastric tube and its symbology for women: gastric tube causing pain, discomfort, lesions; necessary for the baby survival; association with sick baby; tube as a breast replacement; breastfeed through the tube; tube does not allow to transmit mother's love; the last device out; love also transmitted through the baby bottle; nursing action through active listening - critical event: the use of the gastric tube ("the last device out"); situational and health/disease transitions; 4- The NICU and nursing facilitating hindering the process of feeding the baby: the woman believes she can breastfeed through the gastric tube, therefore nursing facilitates the mothering through feeding the baby when it allows the mother to carry out this care. When the woman considers herself only as a spectator of care, she does not acknowledge herself as a mother. Knowing the routine of the NICU can be considered a facilitating or hindering factor to the development of motherhood. The theory of transitions was applied involving all the topics of the scheme proposed by Meleis; however, we used the three critical events evidenced by the narratives, marking the beginning of some kind of transition. The nursing therapeutic strategy that is directly related to the transition patterns and their conditions was punctuated: the basis is communication; facilitate women's access to the newborn; be present and explain the importance of each baby's evolutionary stage; allow the woman to develop care for the baby; active listening; explain the importance of mammary milking for mother and baby; allow the woman to breastfeed her child through the tube with non-nutritive suction, gavage the diet, look at, sing. Finally, motherhood can be developed through feeding the baby by gastric tube. The tube is a device capable of replacing the mother's breast while the baby can not suck, therefore its symbology allows the woman to breastfeed through the tube. Nursing can contribute to the development of this woman's motherhood and to healthier transitions; it only has to be a facilitator for women to develop her unique and special care for their baby.

Keywords: Nursing care; Premature newborn; Mother-child relationships; Maternal and child nursing; Enteral nutrition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Fluxo de busca e exclusão de artigos por base de dados – agosto (2011 a 2016).....	25
Figura 2 –	Fluxograma de seleção dos artigos encontrados por base de dados de 2011 a 2016.....	32
Figura 3 –	Estrutura da Teoria das Transições adaptada.....	43
Figura 4 –	Distribuição das participantes (Pn) por cenário em 2017.....	50
Figura 5 –	Fluxograma de construção da categoria analítica.....	59
Figura 6 –	Esquema das transições segundo Meleis [adaptado] com as narrativas de vida de mulheres cujos filhos utilizaram/utilizam sonda gástrica no período neonatal (2017).....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Distribuição dos artigos referentes à maternagem na UTIN segundo identificação, autores, país de origem dos autores, título, periódico de publicação, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência.....	33
Quadro 2 –	Recorrência de eventos novos por entrevista.....	108
Quadro 3 –	Caracterização das participantes (P).....	52
Quadro 4 –	Dados obstétricos das participantes (P).....	54
Quadro 5 –	Caracterização dos filhos das participantes.....	56
Quadro 6 –	Historiograma e Diário de Campo de cada entrevista.....	115
Quadro 7 –	Análise das entrevistas: recodificação.....	121
Quadro 8 –	Fase de recodificação para segundo agrupamento.....	124
Quadro 9 –	Fase de síntese da análise das entrevistas.....	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Identificação da amostra de artigos por países entre 2011-2016 sobre cuidados relacionados à alimentação por sonda gástrica de RN em UTIN (n=33).....	26
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Índice Cumulativo para Enfermagem e Literatura Aliada em Saúde
COCHRANE	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
EF	Ensino Fundamental
EM	Ensino Médio
ES	Ensino Superior
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTT	Gastrostomia
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IG	Idade Gestacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Análise de Literatura Médica e Sistema de Recuperação Online
NE	Nutrição Enteral
NPT	Nutrição Parenteral Total
NuPEEMC	Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança
P	Participante
PBE	Prática Baseada em Evidências

PICOT	População Alvo; Intervenção; Comparação; Resultados; Tempo
RG	Resíduo Gástrico
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SNN	Sucção Não Nutritiva
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UI	Unidade Intermediária
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	16
1. INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 2	22
2. BASES CONCEITUAIS.....	22
2.1 Cuidados com recém-nascidos alimentados por sonda gástrica: conceitos e práticas	23
2.2 As múltiplas particularidades da maternagem em unidades neonatais: revisão integrativa	29
CAPÍTULO 3	39
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
3.1 Teoria das Transições: uma teoria de médio alcance	39
3.2 A maternagem por Winnicott	
CAPÍTULO 4	46
4. METODOLOGIA.....	46
4.1 Caminhos e percalços na produção dos dados	48
4.2 Caracterização das participantes	51
4.3 Análise temática	58
CAPÍTULO 5	60
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60
5.1 Categoria analítica: experiências vivenciadas pelas mães do bebê com sonda gástrica: o desenvolvimento da maternagem no processo de alimentar o bebê na UTIN	60
5.1.1 <u>Primeiras impressões da realidade</u>	60
5.1.2 <u>O início do processo de alimentar: o peito com a mãe e a sonda com o bebê</u>	64
5.1.3 <u>A sonda gástrica e sua simbologia para as mulheres</u>	69

5.1.4 <u>A UTIN e a enfermagem como dificultadores ou facilitadores no processo de alimentação do bebê</u>	74
CAPÍTULO 6	81
6. APLICAÇÃO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	81
CAPÍTULO 7	86
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	100
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
APÊNDICE B – Termo de Assentimento.....	102
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis de menores de 18 Anos.....	104
APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados: entrevista.....	106
APÊNDICE E – Instrumento de coleta de dados: formulário.....	107
APÊNDICE F – Quadro 2 – Recorrência de eventos novos por entrevista.....	108
APÊNDICE G – Unidades temáticas.....	112
APÊNDICE H – Quadro 6 – Historiograma e Diário de Campo de cada entrevista.....	115
APÊNDICE I – Quadro 7 – Análise das entrevistas: recodificação.....	121
APÊNDICE J – Quadro 8 – Fase de recodificação para segundo agrupamento.....	124
APÊNDICE K – Quadro 9 – Fase de síntese da análise das entrevistas.....	125
ANEXOS	126
ANEXO 1 – Autorização do cenário 1 de pesquisa.....	126
ANEXO 2 – Autorização do cenário 2 de pesquisa.....	127
ANEXO 3 – Parecer consubstanciado do CEP após emenda.....	128

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema a alimentação de recém-nascido (RN) através de sonda gástrica. A motivação para este estudo veio da união de saberes e práticas que me ajudaram a me formar como profissional e como pessoa. Durante a graduação em enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), aproximei-me da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), principalmente nas aulas de saúde da criança e nos estágios dos últimos períodos da faculdade, o internato em 2009 e 2010. Essas vivências despertaram o desejo de entender melhor a relação mãe-bebê dentro de uma UTIN e instigava a curiosidade e admiração pelo enfrentamento dessas mulheres perante a situação de risco de seu filho recém-nascido.

Nos anos de 2011 a 2013, fui residente de enfermagem em neonatologia no Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), unidade de referência nacional nos cuidados com a mulher, a criança e o adolescente. Neste cenário, as tecnologias duras e o tratamento do RN ganham um espaço maior para entendimento, conhecimento e aprimoramento técnico para o cuidado a esse paciente. No entanto, o envolvimento que a mãe tem com seu bebê dentro da UTIN, ainda que limitado pela condição de saúde do mesmo, sempre obteve importância durante a minha prática assistencial.

Observei que ao levar a mulher ao encontro de seu bebê dentro da UTIN, mesmo que esse RN estivesse respirando sem auxílio, ou seja, em ar ambiente, mas estivesse em uso de uma sonda gástrica, os questionamentos, o pesar em vê-lo com a sonda, as perguntas sobre dor que a sonda poderia provocar e como o bebê se alimenta eram intensas e se repetiam com frequência. Muitas vezes nem o acesso venoso ganhava tanto destaque, talvez por já terem passado pela experiência de punção até mesmo durante o parto, mas o estranhamento em ver o bebê com a sonda gástrica ficava evidente.

Esse interesse pela alimentação por vias diferentes da oral também me levaram à especialização em estomaterapia de 2011 a 2012 pela UERJ. Como estomaterapeuta, aprendi a lidar com feridas, incontinências e estomias de uma forma aprofundada, reconhecendo problemas, evitando complicações, tratando e cuidando dos clientes com inúmeros insumos para coberturas, bolsas coletoras, sondas vesicais e sondas gástricas. O Trabalho de Conclusão

de Curso (TCC) desenvolvido foi uma revisão bibliográfica sobre gastrostomias, com o título “O cuidado com o paciente gastrostomizado e suas repercussões: uma contribuição para a enfermagem em estomaterapia”, e englobou tanto a assistência a adulto quanto a pediatria. Porém, ficou evidente que a produção voltada aos cuidados com neonatos e crianças com esse tema apresentava uma lacuna, sendo encontrado, na época, apenas um artigo.

No IFF, tive oportunidade de conhecer e trabalhar no ambulatório de estomaterapia conduzido e chefiado por enfermeiras especialistas e equipe de técnicas de enfermagem, onde novamente me chamou a atenção a alimentação. Pude testemunhar a fala de mães que tiveram bebês que foram alimentados através de sonda oro ou nasogástrica e que estavam no momento se alimentando por sonda gástrica através de gastrostomia. Algumas lamentavam que seus filhos não pudessem, pelo menos até o momento, alimentar-se por via oral.

Percebi que a inquietação sobre alimentação por sonda gástrica, principalmente em RN, foi algo que me acompanhou durante a minha vida antes até da graduação. Remeti-me à minha experiência como neonata a termo, com peso de 1.500g, que necessitou ser alimentada por sonda orogástrica, e minha mãe me contou que “morria de pena”, pois eu não sentia o gosto do leite enquanto era alimentada e, por isso, molhava a boca de sua bebê com uma gota do leite escondido da enfermeira. Considerando minha história de vida e a vivência da minha mãe, hoje penso em cuidados de enfermagem que poderiam ser facilitados e até mesmo aprendidos com as mães se elas tivessem abertura para expressar seus anseios quanto à alimentação por sonda gástrica. Talvez ela não precisasse esconder a ação que desenvolveu como um cuidado único e especial ao pensar empírica e intuitivamente no desejo de a filha sentir o gosto do leite ao ser alimentada. Hoje sabe-se que um cuidado de enfermagem e uma intervenção voltada para o desenvolvimento gustativo do RN é instilar uma ou duas gotas de leite na boca do RN sempre que estiver sendo alimentado por sonda (WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

A alimentação enteral através de sonda gástrica supre as necessidades nutricionais e alimentares na impossibilidade da amamentação por imaturidade ou incapacidade de coordenar sucção, deglutição e respiração do RN (CARMO et al., 2012). Em grande parte dos RN, o reflexo de coordenação de sucção, respiração e deglutição depende de sua idade gestacional (IG), ou seja, do seu tempo pós-concepção. É considerado um RN pré-termo, ou prematuro, aquele que nasce antes de 37 semanas de IG. Alguns RN pré-termos podem desenvolver essa coordenação após 32-34 semanas de IG (MACDONALD; MULLETT; SESHIA, 2010; TAMEZ, 2013).

A sonda orogástrica é inserida através da cavidade oral e a nasogástrica através de uma das narinas, sendo posicionada na parte superior do estômago. É preferível inserir a sonda pela boca, pois pela narina obstrui a respiração nasal do bebê e é necessário observar alterações em frequência cardíaca e pressão arterial em resposta ao estímulo vagal ao introduzir a sonda (WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Há duas formas de administrar a dieta por sondas gástricas: a gavagem e a gastróclise (ou gavagem contínua, ou gotejamento contínuo). Na alimentação por gavagem, é administrada a dieta pelo cateter gástrico e a força da gravidade (CARMO et al., 2012; TAMEZ, 2013; WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

A gastróclise é um método de administração de dieta não fisiológico, através de sonda gástrica, por gotejamento, geralmente com bomba infusora, de forma lenta e uniforme no tempo determinado para infusão. É utilizada para RN que não toleram a gavagem, como neonatos em ventilação mecânica, com peso inferior a 1.000g, com refluxo gastroesofágico (CARMO et al., 2012; MACDONALD; MULLETT; SESHIA, 2010; TAMEZ, 2013; WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Embora a UTIN possa ser um ambiente com inúmeras possibilidades de intervenções invasivas, a reflexão sobre as ações de enfermagem, assim como as dificuldades e mitos que as mães poderiam apresentar sobre a alimentação do RN através da sonda gástrica, obteve um peso significativo dentro dos meus questionamentos. Essa tecnologia poderia influenciar no desenvolvimento da maternagem da mulher que pode amamentar, mas seu filho não pode mamar, pois é alimentado através da sonda gástrica.

Maternagem é um neologismo ainda não dicionarizado que vem da palavra inglesa *motherhood*, que tem por significado “*the state or time of being a mother*” (CAMBRIDGE DICTIONARY, 2016).

O conjunto de processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade é denominado maternagem (SANTOS; SILVA, 2010, p. 237).

É o termo utilizado por Winnicott, pediatra e psiquiatra que escreveu textos sobre maternagem na década de 1950. Apesar de utilizá-lo, Winnicott não o define, porém Winter (2004) interpreta o significado para o psiquiatra como a capacidade da mãe em exercer um cuidado especial e único, perceber as necessidades e anseios do RN, de modo a atender às necessidades fisiológicas e todo investimento de desejo, de amor, de aconchego. A mulher

passa ao seu bebê os limites e a proteção, dando possibilidades a ele de sobrevivência com o mínimo possível de desconforto frente ao ambiente fora do útero, que pode ser muito hostil.

Para a mulher que tem a decisão de amamentar, a internação do seu bebê na UTIN causa uma profunda mudança nesses planos, pois ela passa pela preocupação da separação de seu filho e necessita iniciar a ordenha de suas mamas, aumentando o estresse (TAMEZ, 2009).

Quando o bebê necessita dos cuidados em UTIN, há alguns fatores que interferem negativamente para que a mulher possa exercer a maternagem. Ela passa pelo luto do bebê imaginário, pois, por estar na UTIN, o bebê deve ter uma condição de saúde diferente de um RN que estaria em alojamento conjunto, aos cuidados diretos da mãe, e ela precisa aceitar e lidar com essa situação. Passa também pela demora em conhecer o filho, pois geralmente o RN é levado para a UTIN, sendo separado da mulher. E pela demora em vivenciar o estado de preocupação materna primária, pois, sem poder usufruir da interação prazerosa com o filho, como o olho no olho, pegar no colo, amamentar, a mulher vivencia a preocupação médico-primária (SANTOS, 2009).

A equipe de enfermagem deve favorecer as experiências iniciais do RN na UTIN, facilitando o toque e a palavra da mãe com seu bebê, protegendo-o tanto de modo psíquico, quanto imunológico e fisiológico (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003).

Com as taxas de sobrevivência cada vez maiores entre RN enfermos, a nutrição assumiu um papel cada vez maior na UTIN (MACDONALD; MULLETT; SESHIA, 2010). Alguns RN, como os pré-termos, iniciam a dieta através da sonda gástrica, no entanto, é recomendável que seja o leite da própria mãe, que poderá oferecer seu leite, aumentando as chances de sobrevivência e desenvolvimento do RN. Sendo assim, apesar da possibilidade de depois de algum tempo esse bebê poder sugar no seio, saber como se pode ajudar a mãe e seu RN nessa fase é de extrema importância para a enfermeira (TAMEZ, 2009).

Diante dessa situação problema, surgiu com grande entusiasmo a vontade de desenvolver um estudo científico voltado para a discussão de como se desenvolve a maternagem e o que pensa uma mãe que não pode amamentar, pois seu recém-nascido não é capaz de ser alimentado por via oral, mas por sonda gástrica.

Desta forma, faz-se a seguinte questão norteadora:

Como se desenvolve a maternagem de mulheres com filho RN que é alimentado através de sonda gástrica?

Definiu-se como objeto de estudo:

A maternagem de mulheres com filho RN alimentado através de sonda gástrica.

Foi traçado o seguinte objetivo:

Analisar a maternagem de mulheres que podem amamentar, mas seus filhos RN se alimentam através da sonda gástrica.

Saber o impacto sobre a vida das mulheres que podem amamentar, mas seus filhos estão impossibilitados de mamar, pode contribuir para sensibilizar a sociedade quanto aos cuidados e dificuldades sofridos por estas mães.

A enfermagem, dotada da ciência do cuidar, poderá melhorar a assistência referente à alimentação do RN na UTIN, acrescentando cuidados voltados para a integralidade desse bebê. Entender a relação da mãe com a alimentação do bebê mesmo antes de poder alimentá-lo por via oral pode interferir na resposta à terapêutica do bebê na UTIN, destacando-se como uma ação de enfermagem importante durante esse período.

A pesquisa desenvolvida para o RN e sua alimentação, produzida por uma enfermeira, lança um olhar diferenciado e abrangente. Adicionar esse conhecimento ao mundo científico contribui para o ensino, proporcionando atenção de enfermagem na alimentação de RN por sonda gástrica, tanto para graduação, quanto para as especializações em enfermagem em neonatologia e em estomaterapia.

Na graduação, os futuros enfermeiros poderão formar-se cientes de que a alimentação do RN durante o período internado na UTIN merece atenção para além de prover nutrição ao bebê, visando ao desenvolvimento da maternagem como um cuidado de enfermagem. À enfermagem neonatal, apesar da importância do aprendizado em lidar com a tecnologia dura, será importante para não deixarem de acreditar e valorizar o cuidado voltado para a tecnologia leve, sabermos que serão os mediadores e facilitadores para o desenvolvimento do vínculo entre mãe e bebê através da alimentação, pensando não apenas durante a internação, mas como poderá influenciar na vida pós-alta desses RN. À estomaterapia, será uma contribuição importante, uma vez que este estudo transcende os cuidados com a sonda gástrica, uma das especialidades desse profissional, ampliando o cuidado para com o indivíduo bebê em uso da sonda e sua mãe como essenciais para a assistência adequada do estomaterapeuta.

Este estudo está inserido no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Pertence à pesquisa institucional intitulada “Perspectivas atuais da assistência de enfermagem perinatal

brasileira: reflexões acerca do cuidado de enfermagem”, contribuindo para a pesquisa e aumento da produção acadêmica tanto relacionada ao RN e sua alimentação por sonda gástrica, quanto à mãe que vivencia essa experiência. Portanto, esta dissertação cabe tanto à saúde da mulher, quanto à saúde da criança, por tratar do binômio mãe-bebê.

Saber o que a alimentação de RN por sonda gástrica pode trazer para os sentimentos, pensamentos e o desenvolvimento da maternagem de mulheres e o que representa para essas mães poderia ajudar a entender se a relação mãe-bebê é prejudicada e como os enfermeiros podem tratar desse assunto, contribuindo para a saúde neonatal como um todo.

CAPÍTULO 2

2. BASES CONCEITUAIS

Foram realizadas duas revisões integrativas, com objetivos específicos diferentes relacionados à alimentação dos recém-nascidos (RN) por sonda gástrica e à maternagem, para embasar este estudo por uma revisão bibliográfica que atendesse ao tema proposto e construísse o estado da arte que o justificasse.

A revisão integrativa é composta de seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Esse método permite a síntese dos resultados de pesquisas relevantes, facilitando a incorporação de evidências, o que agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática, fundamentando as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste capítulo, apresentaremos esses dois estudos de forma reduzida para melhor compreensão do conteúdo. Os artigos contidos neles também foram utilizados como arcabouço teórico para discussão dos resultados desta dissertação.

A primeira revisão foi intitulada “Cuidados com recém-nascidos alimentados por sonda gástrica: conceitos e práticas”, sendo submetida ao periódico de enfermagem *Texto & Contexto Enfermagem* e aceita para publicação. A segunda revisão foi intitulada “As múltiplas particularidades da maternagem em unidades neonatais: revisão integrativa” e ainda não foi submetida à publicação em periódicos.

2.1 Cuidados com recém-nascidos alimentados por sonda gástrica: conceitos e práticas

A sonda gástrica pode ser classificada de acordo com o local de inserção. A orogástrica é inserida pela cavidade oral e a nasogástrica inserida por uma das narinas, devendo a extremidade distal destas estar posicionada na parte superior do estômago. Em RN, é preferível inserir a sonda pela boca, pois a inserção pela narina obstrui a respiração nasal (WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2014). A instalação e manutenção da sonda podem gerar problemas significativos à saúde do RN, como, por exemplo, o posicionamento da sonda nas vias aéreas e não no estômago (MACDONALD; MULLETT; SESHIA, 2010). Também é necessário observar alterações em frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial em resposta ao estímulo vagal ao introduzir a sonda (MACDONALD; MULLETT; SESHIA, 2010).

O objetivo proposto para esta revisão foi descrever as condutas relacionadas a cuidados com a alimentação através de sonda gástrica em RN internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a partir de artigos científicos publicados nos últimos cinco anos. Para formulação da questão de investigação do estudo, utilizou-se o formato PICOT (P: população alvo; I: intervenção ou área de interesse; C: comparar tipos de intervenção ou grupos; O: resultados ou efeitos alcançados com a intervenção; e T: tempo necessário para obter o resultado): os RN internados em UTIN (P) em uso de sonda gástrica (I) recebem que tipos ou técnicas de cuidados para alimentação (O)? Como não se trata de uma pesquisa clínica intervencionista, os tópicos C (comparação) e T (tempo) não são obrigatórios (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2014).

A busca foi realizada no mês de agosto de 2016. As bases de dados utilizadas foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Cumulativo para Enfermagem e Literatura Aliada em Saúde (CINAHL), Análise de Literatura Médica e Sistema de Recuperação Online (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), com filtros limitando os resultados em artigos completos, com faixa temporal dos últimos cinco anos (2011 a 2016) e humanos.

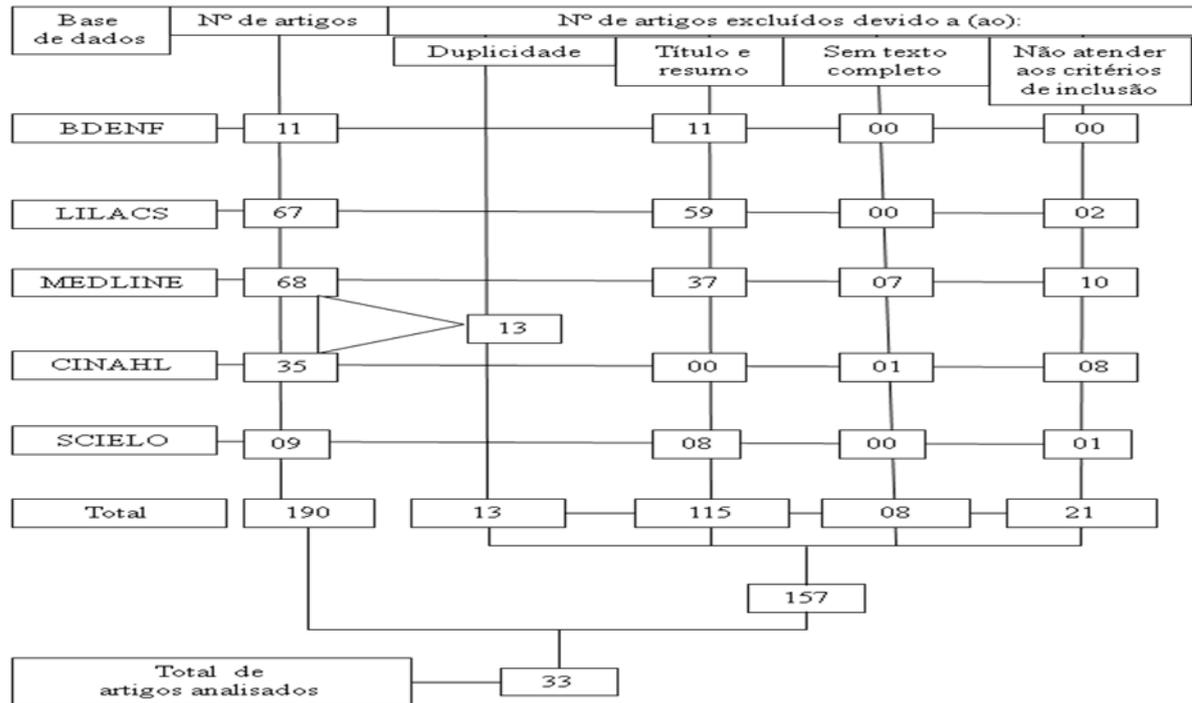
Na LILACS, SciELO e na BDENF, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português: nutrição enteral e unidades de terapia intensiva neonatal. Juntamente com as palavras-chave consideradas sinônimas: sondas de alimentação gástrica; alimentação por sonda; sondas gástricas e unidade de terapia intensiva neonatal; uti neonatal

(DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2016). A combinação com os operadores booleanos AND e OR foram: (nutrição enteral OR sondas de alimentação gástrica OR alimentação por sonda OR sondas gástricas) AND (unidades de terapia intensiva neonatal OR unidade de terapia intensiva neonatal OR *uti neonatal*). Na MEDLINE e CINAHL, foram utilizados os descritores em inglês: *enteral nutrition* e *neonatal intensive care units* e as palavras-chave consideradas sinônimas desses descritores: *gastric feeding tube*; *gastric tube*; *tube feeding* e *intensive care units, neonatal*; *newborn intensive care units* (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2016). A combinação entre eles foi: (*enteral nutrition* OR *gastric feeding tube* OR *gastric tube* OR *tube feeding*) AND (*neonatal intensive care units* OR *intensive care units, neonatal* or *newborn intensive care units*).

Decidiu-se utilizar as palavras-chave, além dos descritores, para ampliar a busca. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos relacionados com condutas de cuidados para administração da dieta por sonda gástrica em RN na UTIN em português, inglês ou espanhol; com acesso ao artigo na íntegra; publicados entre agosto de 2011 e agosto de 2016 até a data da busca. Os critérios de exclusão foram: artigos em duplicidade; que contribuíssem apenas com a composição ou suplementação do leite administrado em UTIN; cuidados referentes apenas à gastrostomia; apenas amamentação na UTIN; e nutrição parenteral.

Foram encontrados 68 artigos na MEDLINE, 67 na LILACS, 11 na BDENF, nove na SCIELO e 35 na CINAHL. Foram excluídos os artigos em duplicidade e os que não atendiam aos critérios prévios conforme demonstrado na Figura 1. A diferença entre os revisores resultou na exclusão de dois artigos da MEDLINE pelo segundo revisor, pois se tratava apenas dos componentes do leite e o outro apenas de amamentação na UTIN.

Figura 1 – Fluxo de busca e exclusão de artigos por base de dados – agosto (2011 a 2016)



Fonte: A autora, 2018.

A identificação dos artigos segundo o seu nível de evidência baseou-se no modelo da Prática Baseada em Evidências, que classifica a pesquisa dependendo da abordagem metodológica de forma hierárquica, variando de 1 a 7 (GALVÃO, 2006; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2014). Segundo a distribuição em nível de evidência, a maioria dos artigos compôs o nível 4 (estudos de coorte e de caso-controle bem delineados) – 30% dos artigos, seguido pelo nível 6 (um único estudo descritivo ou qualitativo) – 27%, nível 3 (ensaios clínicos bem delineados sem randomização) – 18%, nível 2 (pelo menos um ensaio clínico randomizado) – 15% e níveis 1 (metanálise ou revisão sistemática de estudos experimentais ou clínicos), 5 (revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos) e 7 (opinião de especialistas; no caso, um protocolo) – 3% cada (GALVÃO, 2006; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2014).

Pode-se inferir, segundo a origem dos autores, que a amostragem de artigos selecionados comporta realidades sobre a temática de diferentes países e continentes, o que favorece uma análise dos dados com valor nacional e internacional, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Identificação da amostra de artigos por países entre 2011-2016 sobre cuidados relacionados à alimentação por sonda gástrica de RN em UTIN (n=33)

País de origem dos autores	Número de artigos	Porcentagem de artigos/por país	Número de artigos/nível de evidência/país
EUA*	9	27%	nível 1: 1; nível 2: 2; nível 3: 1; nível 4: 4; nível 6: 1
Brasil	5	15%	nível 3: 1; nível 4: 3; nível 6: 1
Itália	4	12%	nível 4: 2; nível 6: 2
China	2	6%	nível 2: 1; nível 4: 1
Japão	2	6%	nível 3: 2
Suécia	2	6%	nível 6: 2
Alemanha	1	3%	nível 5:1
Canadá	1	3%	nível 6: 1
Coreia	1	3%	nível 6: 1
Egito	1	3%	nível 3: 1
Israel	1	3%	nível 2: 1
Turquia	1	3%	nível 3: 1
Austrália, Nova Zelândia	1	3%	nível 6: 1
Noruega, Reino Unido, Austrália	1	3%	nível 6: 1
Chile, Argentina, EUA*	1	3%	nível 2: 1
Total	33	100%	nível 1: 1; nível 2: 5; nível 3: 6; nível 4: 10; nível 5: 1; nível 6: 9; nível 7: 1

Legenda: *EUA: Estados Unidos da América.

Fonte: A autora, 2018.

Os resultados da análise temática dos artigos encontrados direcionaram a seguinte discussão:

A enfermagem se destacada como imprescindível no acompanhamento e prognóstico positivo do RN relacionado à nutrição enteral (NE). A centralização dos cuidados no RN e sua família, a atenção voltada para a saúde materna, estímulo do contato e vínculo da família com o RN, o exame físico e avaliação das condições gerais do RN, posicionamento do RN durante e após a administração da dieta por sonda, a sucção não nutritiva (SNN) durante a dieta, estímulo oral do RN, observação e conduta quanto ao resíduo gástrico (RG) estão entre os cuidados de enfermagem apontados pelos estudos (BROOKS; VICKERS; ARYAL, 2013;

CHEN et al., 2013; CORMACK et al., 2013; FROH et al., 2014; GIANNÌ et al., 2014; HANSON et al., 2011; KAMHAWY et al., 2014; VAN MANEN, 2012).

A relação entre tempo, posição e RG como uma intervenção de enfermagem promove a melhora e a progressão da alimentação do RN (CHEN et al., 2013; LAU, 2013). A posição prona na primeira meia hora após a gavagem contribui para o esvaziamento gástrico (CHEN et al., 2013). Com intuito de minimizar a possibilidade de regurgitação e aspiração, o RN geralmente é posicionado em decúbito lateral direito ou em prona (CARMO et al., 2012). No entanto, o posicionamento para administração por via oral por mamadeira não interfere na progressão e aceitação da dieta (LAU, 2013).

A verificação do RG antes de cada dieta permanece com questões a serem discutidas e a rotina é modificada de acordo com protocolos institucionais. Foi considerado como volume grande de RG acima de 50% do volume da dieta administrada anteriormente (HANSON et al., 2011). Além desse parâmetro, não há referência do volume de RG para readministração ou não deste, ou desconto na próxima dieta. No estudo sobre devolução de RG, não houve diferença significativa entre readministrar ou não o conteúdo (SALAS et al., 2015). O protocolo multiprofissional de um hospital em São Paulo, e outro protocolo de enfermagem no Rio de Janeiro, explicitam que o RG deve ser conferido antes de cada dieta e a devolução, ou a suspensão da dieta do horário, vai depender do volume e aspecto desse conteúdo que será avaliado por enfermeiros e médicos, no entanto, também não determina volumes específicos no período neonatal (CARMO et al., 2012).

A variação entre os protocolos para transição da administração da dieta por sonda gástrica para via oral também é diversa. É importante entender as barreiras da UTIN que dificultam a alta do bebê sendo amamentado exclusivamente em seio materno. O estímulo oral, olfativo, a SNN do RN e o contato pele a pele entre mãe e bebê devem ser incentivados, colaborando com o aumento da possibilidade da amamentação (FROH et al., 2014; JADCHERLA et al., 2012; KAMHAWY et al., 2014; YILDIZ et al., 2011).

Percebe-se que as ações que facilitam a transição da alimentação por sonda gástrica para o seio materno são equivalentes às destacadas pelo método Canguru descritas pelo Ministério da Saúde brasileiro. As etapas do método compreendem desde o acolhimento dos pais na UTIN, ao estímulo do RN, propiciando a formação do vínculo entre, principalmente, mãe e bebê, incentivando o contato pele a pele e a transição gradativa da sonda para sucção em seio materno (MORGAN; BOMBELL; MCGUIRE, 2013). O peso do RN deve ser avaliado uma vez por dia antes da dieta, desaconselhando a pesagem após a mamada,

contradizendo os parâmetros de avaliação de progressão de dieta de um dos artigos (BRASIL, 2011).

O início da alimentação por via oral deve ser entre 32 a 34 semanas de idade gestacional (IG) (BINGHAM; ASHIKAGA; ABBASI, 2012; FROH et al., 2014). Sugerem a semidemanda em seio materno, administrando o complemento por sonda se necessário (DAVANZO et al., 2014; MEDEIROS et al., 2011). Ao comparar com o Brasil, visualizamos que a idade mínima para o início da alimentação por via oral geralmente é de 34 semanas de IG, por entender que é por volta dessa idade que se inicia a coordenação ente sucção, deglutição e respiração (CARMO et al., 2012; CARUSO; SOUSA, 2014). Com relação à tolerância alimentar e à forma e volumes da administração da dieta, os dados ainda são inconclusivos. No entanto, a variedade de dados e resultados dos diferentes estudos pode estar relacionada também à heterogeneidade dos diferentes protocolos e condutas (BRASIL, 2011).

Foi possível concluir que a NE adequada é de extrema importância para os RN internados na UTIN. No entanto, faltam evidências que comprovem as melhores formas de administração por sonda gástrica, quando iniciar a dieta, qual o volume mínimo, como avaliar a progressão da dieta, qual o volume de dieta que se pode considerar como dieta enteral total e as técnicas de transição da sonda gástrica para a via oral.

Apesar do número de textos analisados e da importância da NE no período neonatal, foi possível identificar a importância dos cuidados de enfermagem apontados para a melhor assistência ao RN. Como cada cuidado deve ser individualizado e centrado no RN e sua família, um protocolo muito rígido pode ser considerado não adequado. Foi possível responder à pergunta PICOT que direcionou o estudo a atingir o objetivo proposto.

Esse estudo contribui para olhar os cuidados à nutrição enteral por sonda gástrica dos RN na UTIN de forma abrangente. No entanto, como limite da pesquisa, por não se tratar de uma metanálise ou um estudo primário, possui dados complementares e alguns controversos entre si. Portanto, não são resultados determinantes para estabelecimento de condutas fechadas, devendo mais estudos clínicos randomizados serem realizados para melhor embasamento científico, além de mais estudos qualitativos no intuito de aprimorar os cuidados de enfermagem a partir da visão e do sentimento das mães e familiares sobre a alimentação por sonda gástrica do bebê na UTIN.

2.2 As múltiplas particularidades da maternagem em unidades neonatais: revisão integrativa

A equipe de enfermagem deve favorecer as experiências iniciais do RN na UTIN, facilitando o toque e a palavra da mãe com seu bebê, protegendo-o tanto de modo psíquico, quanto imunológico e fisiológico (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003). Nesse contexto, observa-se o desenvolvimento da maternagem, que é conhecido como o conjunto de processos psicoafetivos que se desenvolve e se integra na mulher por ocasião da maternidade de uma forma diferente da idealizada pela maioria das mulheres (SANTOS; SILVA, 2010).

Motherhood é o termo utilizado por Winnicott, pediatra e psiquiatra que escreveu textos sobre maternagem na década de 1950. Apesar de utilizá-lo, Winnicott não o define, porém outros autores interpretam o significado para o psiquiatra como a capacidade da mãe em exercer um cuidado especial e único, perceber as necessidades e anseios do RN, de modo a atender às necessidades fisiológicas e todo investimento de desejo, de amor, de aconchego. A mulher passa ao seu bebê os limites e a proteção, dando possibilidades a ele de sobrevivência com o mínimo possível de desconforto frente ao ambiente fora do útero, que pode ser muito hostil (WINTER, 2004).

Embora seja um neologismo, uma tradução possível para o português é “maternagem”, segundo dicionários inglês-português (CAMBRIDGE DICTIONARY, 2016; MICHAELIS DICTIONARY, 2016). Outra palavra que, em inglês, envolve significado semelhante ao de *motherhood* é *parenting*: “*the raising of children and all the responsibilities and activities involved in it*” (CAMBRIDGE DICTIONARY, 2016). Em tradução livre, é a criação de crianças e todas as responsabilidades e atividades envolvidas nela. Expressões sinônimas que a traduzem são os cuidados paternais e maternos. Pode-se perceber que, nesse caso, não envolve somente a figura materna, mas também a paterna, assim como *parenthood*: “*the state of being a parent*” (CAMBRIDGE DICTIONARY, 2016), significando o estado de serem pais, que representa paternidade e maternidade (CAMBRIDGE DICTIONARY, 2016; MICHAELIS DICTIONARY, 2016).

A “parentalidade” foi definida como processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternalidade e da paternalidade (BRASIL, 2011). Podemos então concluir que esse termo está diretamente relacionado a *parenting* e *parenthood*.

Segundo o Manual do Método Canguru, maternagem é o conjunto de cuidados dispensados ao bebê especialmente pela mãe ou seu substituto (BRASIL, 2011). Nesse caso, podemos deduzir que se trata do cuidado da mãe, no entanto, não exclui outras pessoas que possam substituir essa função. Diferencia-se, portanto, da parentalidade, pois é o sentido do cuidado materno, mesmo que este seja realizado por um homem.

Neste estudo, trabalhamos a questão da maternagem na UTIN, contudo, a fim de aumentar a busca pelo desenvolvimento desse cuidado materno ao seu bebê, utilizamos também parentalidade e, em inglês, *motherhood*, *parenting* e *parenthood*. Não foi utilizada a palavra maternidade, pois a busca ampliava-se para o local ou instituição física, não atendendo ao significado de maternagem.

Quando o bebê necessita dos cuidados em UTIN, alguns fatores podem interferir negativamente para que a mulher possa exercer a maternagem. Ela passa pelo luto do bebê imaginário, pois, por estar na UTIN, o bebê deve ter uma condição de saúde diferente de um RN que estaria em alojamento conjunto, aos cuidados diretos da mãe, e ela precisa aceitar e lidar com essa situação. Passa também pela demora em conhecer o filho, pois geralmente o RN é levado para a UTIN, sendo separado da mulher. E pela demora em vivenciar o estado de preocupação materna primária, pois, sem poder usufruir da interação prazerosa com o filho, como o olho no olho, pegar no colo, amamentar, a mulher vivencia a preocupação médico-primária (SANTOS, 2009).

Dadas as diferentes nomenclaturas e perspectivas da maternagem, cabe o aprofundamento na temática, propondo como objeto de estudo o desenvolvimento da maternagem na UTIN. Levanta-se a problematização do estudo por questão norteadora formulada através do formato PICOT: como mulheres com menos de 28 dias pós-parto (P), cujos filhos estão internados em UTIN (I), desenvolvem a maternagem (O)? Como não se trata de uma pesquisa clínica intervencionista, os tópicos C (comparação) e T (tempo) não são obrigatórios (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2014).

Seguindo nesse contexto, o objetivo da revisão foi descrever o que se tem produzido em artigos científicos nacionais e internacionais sobre o desenvolvimento da maternagem na UTIN.

A metodologia adotada foi para o desenvolvimento de um estudo de revisão integrativa. Esse método possibilita uma análise ampla da produção científica, contribuindo significativamente para os métodos e resultados das pesquisas, permitindo a inclusão de pesquisas relevantes sobre a temática, proporcionando fundamentação teórica para melhoria da prática clínica e tomada de decisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Foram

seguidas as etapas de pesquisa de identificação do problema, pesquisa bibliográfica, avaliação dos estudos incluídos, apresentação dos dados e análise (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Os bancos de dados foram acessados através da Plataforma de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em novembro de 2016. As bases foram BDENF, LILACS, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); MEDLINE, CINAHL, através da EBSCOhost; SciELO e *Cochrane Database of Systematic Reviews* (COCHRANE), buscando artigos científicos relacionados ao desenvolvimento da maternagem dentro da UTIN.

Os critérios de inclusão foram artigos científicos que exibissem texto completo, publicados entre o recorte temporal de outubro de 2011 a outubro de 2016, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que apresentassem o tema do estudo voltado para relação mãe-bebê em UTIN, desenvolvimento da maternagem e/ou vínculo na UTIN. Os critérios de exclusão foram artigos científicos em duplicidade e artigos que apontassem apenas a relação paterna com o bebê.

A busca foi determinada por combinações de descritores e palavras-chave. Na BDENF, LILACS e SciELO, foi utilizado o descritor “poder familiar”, pois é tradução de *parenting* e este é considerado sinônimo de *motherhood*, segundo os DeCS (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2016). Uma das definições de poder familiar, proposta pelo DeCS (2016), é o “ato de fazer o papel de pai ou mãe ao dar cuidado, alimento e proteção ao filho, realizado pelos pais biológicos ou substitutos”, sendo assim, o descritor é relevante para esse estudo. Esse descritor foi combinado através do operador booleano OR às palavras-chave maternidade e parentalidade por também serem consideradas sinônimas de maternagem; e utilizado o operador AND para combinar com o descritor “unidades de terapia intensiva neonatal”.

Optou-se por utilizar as palavras-chave e não apenas os descritores como forma de amplificação da busca e, ao mesmo tempo, filtrar os artigos que atendessem aos critérios apontados. E as palavras-chave foram escolhidas de acordo com o descritor em destaque e a importância da palavra para o tema proposto. Assim, determinou-se a combinação: (poder familiar OR maternidade OR maternagem OR parentalidade) AND (unidades de terapia intensiva neonatal).

Nas bases MEDLINE, COCHRANE e CINAHL, foram utilizados os descritores e palavras-chave em inglês, proporcionando a combinação: (*parenting* OR *motherhood* OR *parenthood*) AND (*intensive care units*, neonatal). Utilizados os limites de tempo, disponibilidade de texto completo e que tratasse de humanos, pois, sem esse critério, a busca

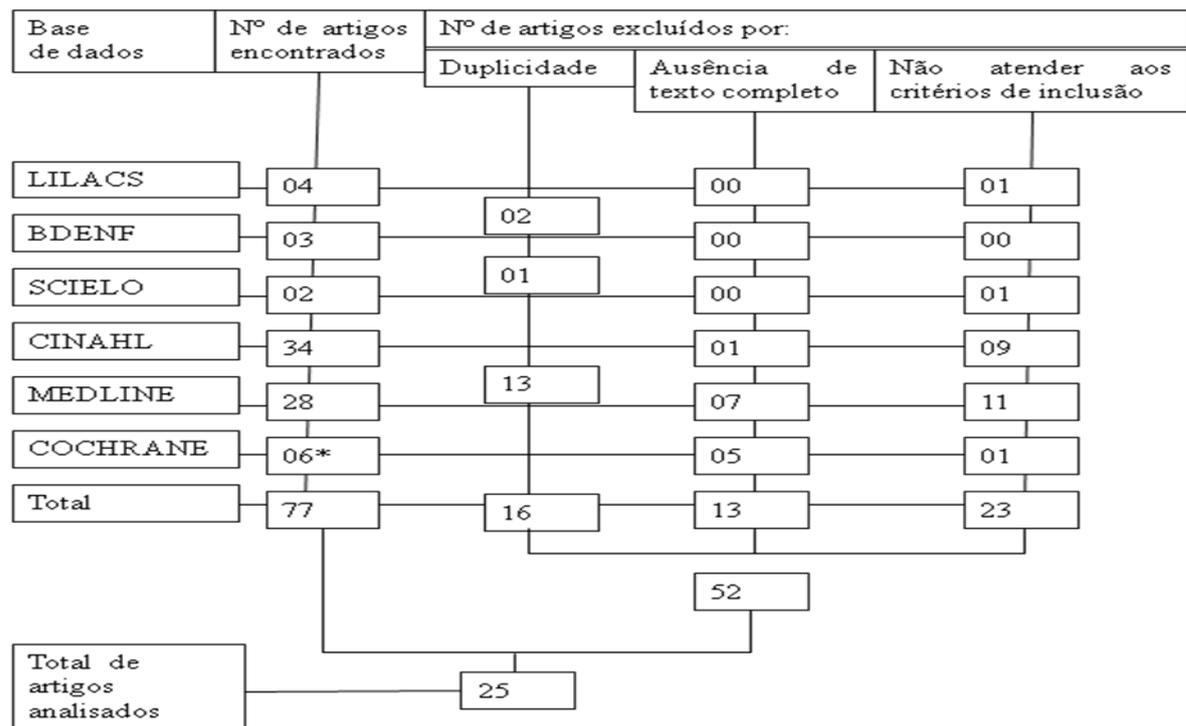
ampliou-se para pesquisas em animais. Na COCHRANE, foram considerados apenas os artigos de revisão, por se tratar de uma base de dados para pesquisas dessa metodologia, entendendo que esse é o seu diferencial com relação às outras.

Em cada base de dados, a combinação proposta foi estabelecida exatamente da forma descrita, delimitando a busca a essas combinações e condições, relacionando dois a dois os sentidos das palavras ligadas à maternagem e à UTIN.

A análise foi construída a partir dos procedimentos da revisão integrativa, incluindo a plausibilidade, as comparações, a busca de padrões, o resumo, os dados em geral e a construção de uma cadeia lógica de evidência, permitindo uma visualização numérica e temático-categorial (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A busca resultou no total de 77 artigos, entretanto, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram utilizados para análise 25 artigos como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos artigos encontrados por base de dados de 2011 a 2016



Legenda: *Selecionados os tópicos: revisões da COCHRANE (encontrados três artigos) e outras revisões (encontrados três artigos).

Fonte: A autora, 2018.

Um formulário foi criado e validado para a coleta dos dados foi criado para este estudo, baseado na adaptação do instrumento para revisão integrativa (URSI; GAVÃO, 2006), para melhor observação e análise de cada artigo. Os itens listados foram: título, autor, ano de publicação, revista, base de dados, país de origem dos autores, idioma de publicação, objetivo do estudo, participantes, principais resultados, conclusões e qual termo relacionado à maternagem foi aplicado.

Os artigos também foram identificados segundo o seu nível de evidência. Para essa classificação, utilizou-se o modelo da Prática Baseada em Evidências (PBE), que classifica a pesquisa dependendo da abordagem metodológica de forma hierárquica, variando de 1 a 7 (GALVÃO, 2006; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2014) conforme Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos referentes à maternagem na UTIN segundo identificação, autores, país de origem dos autores, título, periódico de publicação, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência (continua)

Identificação do artigo	País de origem	Periódico	Ano	Tipo de estudo	Nível de evidência	Utilizou algum termo relacionado à maternagem?
artigo 01	Brasil, Canadá	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2015	qualitativo descritivo	6	Não
artigo 02	Brasil, França	Enferm. Foco	2016	qualitativo descritivo	6	Maternagem
artigo 03	Brasil	Rev. Enferm. UERJ	2011	qualitativo descritivo	6	Não
artigo 04	Argentina	Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá	2012	opinião de especialista	7	Não
artigo 05	Suécia	Acta Pædiatrica	2014	quantitativo qualitativo exploratório descritivo	6	<i>Parenting</i>
artigo 06	EUA	Journal of Pediatric Psychology	2015	coorte prospectivo	4	<i>Parenting</i>
artigo 07	EUA	Journal of Child Psychology and Psychiatry	2012	coorte prospectivo	4	<i>Parenting</i>

Quadro 1 – Distribuição dos artigos referentes à maternagem na UTIN segundo identificação, autores, país de origem dos autores, título, periódico de publicação, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência (continuação)

artigo 08	EUA	Foundation Acta Pædiatrica	2013	coorte retrospectivo	4	<i>Parenting</i>
artigo 09	Suécia	Journal of Advanced Nursing	2013	qualitativo descritivo	6	<i>Parenting Parenthood</i>
artigo 10	Espanha	Foundation Acta Pædiatrica	2015	ensaio clínico prospectivo não randomizado	3	Não
artigo 11	EUA	Journal of Perinatology	2012	revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos	5	Não
artigo 12	EUA	Critical Care Nurse	2013	transversal descritivo	6	<i>Parenting</i>
artigo 13	Canadá	Child: care, health and development	2013	coorte prospectivo	4	Não
artigo 14	Israel	Qualitative Health Research	2012	qualitativo, descritivo	6	<i>Parenting Motherhood</i>
artigo 15	Austrália	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing	2015	revisão de estudos descritivos ou qualitativos	5	<i>Parenting</i>
artigo 16	Nova Zelândia	Contemporary Nurse	2015	qualitativo descritivo	6	<i>Parenting</i>
artigo 17	Brasil	Online Braz. J Nurs.	2014	qualitativo descritivo	6	<i>Motherhood</i>
artigo 18	Brasil	Online Braz. J. Nurs.	2014	qualitativo descritivo	6	<i>Motherhood</i>
artigo 19	Irlanda	World of Irish Nursing & Midwifery	2015	qualitativo descritivo	6	<i>Motherhood</i>
artigo 20	Turquia	Journal for Specialists in Pediatric Nursing	2016	transversal descritivo	6	<i>Motherhood Parenting</i>
artigo 21	Brasil	Online Braz. J. Nurs.	2013	qualitativo descritivo	6	Não

Quadro 1 – Distribuição dos artigos referentes à maternagem na UTIN segundo identificação, autores, país de origem dos autores, título, periódico de publicação, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência (conclusão)

artigo 22	EUA	Journal of Pediatric Nursing	2016	qualitativo descritivo	6	Não
artigo 23	Canadá	Advances in Neonatal Care	2013	qualitativo descritivo	6	<i>Motherhood Parenting Parenthood</i>
artigo 24	Austrália	Journal of Reproductive and Infant Psychology	2015	qualitativo descritivo	6	<i>Parenting Parenthood</i>
artigo 25	Suécia	Scandinavian Journal of Caring Sciences	2013	transversal descritivo	6	<i>Parenthood</i>

Fonte: A autora, 2018.

Não foram encontrados artigos com níveis 1 e 2 de evidência; apenas um estudo apresentou nível 3 (pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado); quatro artigos apresentaram nível 4 (estudos de coorte e de caso-controle bem delineados); dois artigos, nível 5 (revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos); 17 artigos apresentaram nível 6 (um único estudo descritivo, não experimental, ou qualitativo); e um artigo, nível 7 (opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas) (GALVÃO, 2006; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2014).

Segundo a origem dos autores, pode-se inferir que a amostragem de artigos selecionados comporta realidades sobre a temática de diferentes países e continentes, o que favorece uma análise dos dados com valor nacional e internacional. Cabe destacar que, embora todos os artigos abordassem o tema relacionado à maternagem, ou cuidados maternos, a frequência da nomenclatura encontrada nos textos foram a maternagem (uma vez), *motherhood* (seis vezes), *parenthood* (cinco vezes), *parenting* (11 vezes) em seus textos. Apesar dos achados, oito artigos não apresentaram nenhuma das palavras relacionadas à maternagem, inclusive poder familiar, parentalidade e maternalidade.

Ainda sobre as nomenclaturas utilizadas simbolizando a maternagem, foi possível estabelecer pequenas diferenças nas definições apresentadas nos textos. Como a tradução do termo *motherhood* do inglês para o português não é fidedigna, ocorrem interpretações e o uso de diferentes palavras para simbolizar a mesma ação.

O único artigo que evidenciou o termo maternagem classificou-o como desenvolvimento de comportamentos de aproximação através do vínculo e das manifestações interacionais (ROLIM et al., 2016). Como apenas três artigos foram encontrados na língua portuguesa, pode ser que isso tenha dificultado sua evidência específica, assim como pode ter ocorrido com os termos parentalidade, maternalidade e poder familiar.

Todos os artigos discutiram, de alguma forma, sobre os problemas no desenvolvimento da maternagem dentro da UTIN. Nos textos em inglês, *motherhood* foi definido como a experiência, após o nascimento do filho, desenvolvida com a dificuldade quando o bebê é internado (BAUM et al., 2012). Ressaltam que na UTIN a maternagem é desenvolvida de forma diferente do que seria com um bebê saudável (ZANI; TONETE; PARADA, 2014), exigindo grande adaptação (MELO; SOUZA; PAULA, 2014), sendo importante que as mulheres possam criar memórias da vida com seus bebês dentro da UTIN (MCGUINNESS, 2015).

Parenting foi definido como comportamento da mãe com o RN internado, como, por exemplo, questionar os médicos e ajudar as enfermeiras (BAUM et al., 2012). Também são habilidades medidas pela interação mãe-bebê, a afeição maternal e apego (GIRGIN; CIMETE, 2016). São cuidados aos seus bebês que devem ser guiados para a alta hospitalar, reconhecendo suas forças, capacidade de desenvolver estratégias de resolução de problemas e preparo emocional (BRACHT et al., 2013). No entanto, esse termo foi utilizado não só para definir o comportamento materno, como também o paterno (BAYLIS et al., 2014; BUSSE et al., 2013; DELLENMARK-BLOM; WIGERT, 2013; SOMMER; COOK, 2015; WAKELY; RAE; KEATINGE, 2015). *Parenthood* foi utilizado quando o artigo voltava-se tanto aos cuidados maternos quanto aos paternos à criança, refletindo a evolução de gerar a criança e se tornarem pais (CANO GIMÉNEZ; SÁNCHEZ-LUNA, 2015; DELLENMARK-BLOM; WIGERT, 2013; LANTZ; OTTOSSON, 2013; TURNER; CHUR-HANSEN; WINEFIELD, 2015).

Os resultados foram encontrados através da análise temática e discutidos embasados no cuidado de enfermagem.

Tratar o pai, a mãe e a família do RN como partes integrantes do cuidado ao RN é essencial para assistência de enfermagem adequada a essa clientela. É importante lembrar que os RN que estão na UTIN estão sob algum risco de vida ou de desenvolvimento de alguma morbidade, por isso é de muito valor para as mães a oportunidade de criarem memórias do período que passam com o RN.

Esses estudos evidenciam que a enfermagem na UTIN necessita ser o elo entre ambiente-pais-RN de forma positiva, contribuindo para a saúde do RN. A presença dos pais dentro da UTIN não deve ser considerada como ameaçadora, mas sim como peça indispensável ao cuidado. Vale destacar a importância da presença não só da mãe como também do pai dos RN e da família.

Demonstraram-se situações de como os enfermeiros podem facilitar ou inibir a maternagem dentro da UTIN. As formas de facilitação estão principalmente nos cuidados voltados para as necessidades da mãe que passa por esse processo (COSTA; PADILHA, 2011; SOMMER; COOK, 2015), permitindo que ela interaja e demonstre suas preocupações (MELO; SOUZA; PAULA, 2014), ajudando-a no sentido de desenvolver as responsabilidades com relação às necessidades do RN (NEIVA et al., 2013). Também vai depender da boa interação da equipe com os familiares do bebê (COSTA; PADILHA, 2011). Os enfermeiros podem dificultar a interação das mães com os RN, fazendo com que elas se sintam intimidadas com o ambiente da UTIN, com o poder de autoridade da enfermeira, quando as mães se sentem atrapalhando os cuidados de enfermagem (COSTA; PADILHA, 2011; DELLENMARK- BLOM; WIGERT, 2013; LANTZ; OTTOSSON, 2013; NELSON; BEDFORD, 2016; WAKELY; RAE; KEATINGE, 2015).

As famílias de RN internados na UTIN sofrem nas três dimensões da saúde e bem-estar biopsicossocial (PLACENCIA; MCCULLOUGH, 2012). A separação física da mãe do seu bebê pode gerar depressão, ansiedade, medo, insegurança, que podem dificultar o desenvolvimento da maternagem. Por isso, necessitam do cuidado de enfermagem e identificação precoce do problema para intervenção multiprofissional. Enfermeiras avaliaram que o estresse vivido por pais de RN hospitalizados na UTIN está fortemente relacionado com ansiedade, fadiga, depressão e sono interrompido. Sabendo identificar essas alterações, a enfermagem pode usar esse conhecimento para direcionamento do cuidado, contribuindo não apenas para a saúde dos pais como também dos RN na UTIN (BUSSE et al., 2013).

Há necessidade de suporte durante esse evento, que é reconhecido pelos pais como uma jornada emocional e traumática (WAKELY; RAE; KEATINGE, 2015). A mãe do RN, principalmente, passa a maior quantidade de tempo na UTIN, vivenciando sentimentos de solidão e desamparo, especialmente quando não existe suporte familiar ou do parceiro (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

A representação de como a maternagem é experienciada e vivenciada na UTIN é apontada na forma de ações das mulheres. Observar o RN, tocar (sendo considerado essencial para o desenvolvimento da maternagem), segurar nos braços, promover conforto, calor, amor,

criar memórias positivas desse momento, sorrir, fazer gestos faciais, abraçar, acariciar o RN, beijar, cantarolar e realizar atividade de cuidado como trocar fralda, alimentar através da sonda gástrica, dar banho, participar das decisões (MCGUINNESS, 2015; NEIVA et al., 2013; ROLIM et al., 2016; WAKELY; RAE; KEATINGE, 2015).

A importância da alimentação do RN para o desenvolvimento da maternagem também foi apontada em alguns artigos. No entanto, a sonda também pode ser fortemente associada com um bebê doente e como um símbolo do RN no hospital, além de só perceberem seus filhos como bebês reais quando a sonda é removida, sendo possível ver o rosto todo do RN (BAUM et al., 2012; DELLENMARK-BLOM; WIGERT, 2013).

Como estratégias para desenvolver a maternagem estão em destaque considerar seu próprio leite como benéfico, montando estratégias para conexão com o RN, a primeira vez que alimentam seus filhos pela sonda ou copinho e quando o RN atinge a alimentação oral total, ajudar na alimentação por sonda gástrica tende a ser considerada por alguns como uma experiência associada à maior satisfação com relação ao contato físico com seu bebê (BAUM et al., 2012; BAYLIS et al., 2014; LANTZ; OTTOSSON, 2013), o que atribui mais uma representação e significado importantes à sonda gástrica.

Através desta revisão, foi possível evidenciar que, apesar de toda dificuldade encontrada, a maternagem pode ser vivenciada pelas mães e seus RN na UTIN. Além disso, as questões psicológicas dos pais de RN internados na UTIN são um importante objeto de estudo, já que influenciam na resposta à saúde física e mental de mães, pais, família e RN, assim como na relação e desenvolvimento da maternagem dentro da UTIN.

A enfermagem pode ser facilitadora ou pode ser considerada como barreira para o desenvolvimento da maternagem na UTIN, dependendo de como se administram as ações de enfermagem, devendo a enfermeira se atentar e planejar os cuidados de enfermagem de forma integral para o RN, ou seja, não se esquecendo da família como um todo, incluindo a necessidade de se atentar ao conceito de parentalidade.

Ainda que alguns artigos atribuam importância à alimentação dos RN na UTIN, nenhum artigo apresentou como principal questionamento se a alimentação por sonda gástrica interfere na maternagem, fazendo-se necessário o estudo com o tema. Este estudo possui como fator limitante a busca por artigos em algumas das principais bases de dados, não em todas as existentes; e trata-se de uma revisão e não de um estudo primário. Há necessidade, portanto, de novos estudos e evidências que contribuam com o conhecimento sobre a maternagem na UTIN e preencham as lacunas existentes de publicações com essa palavra-chave relacionada à enfermagem e aos cuidados específicos desenvolvidos pelo enfermeiro.

CAPÍTULO 3

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa utilizou dois teóricos como referencial: a enfermeira Afaf Ibrahim Meleis, autora da Teoria das Transições de Enfermagem (MELEIS, 2010); e o psicanalista Donald Winnicott, que estudou em profundidade a relação mãe-filho (WINNICOTT, 2006).

Vale destacar que os teóricos foram selecionados após análise dos depoimentos das mulheres, conforme preconiza o referencial metodológico da Narrativa de Vida.

3.1 Teoria das Transições: uma teoria de médio alcance

Ao desenvolver as categorias analíticas deste estudo, percebeu-se a necessidade de trabalhar com conceitos da Teoria das Transições de Meleis para compreender o desenvolvimento da maternagem de mulheres que vivenciaram as transições do nascimento do filho, da internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o processo de alimentação dos bebês, incluindo a sonda gástrica.

Afaf Ibrahim Meleis, criadora da Teoria das Transições, nasceu em 1942 e tem nacionalidade egípcio-americana. É enfermeira e professora de Enfermagem e Sociologia na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos da América (MELEIS, 2012).

As pesquisas de autoria da enfermeira Afaf Ibrahim Meleis são focadas na estrutura e organização do conhecimento de enfermagem, transições e saúde e enfermagem internacional, assim como saúde global, imigrante, saúde da mulher e desenvolvimento teórico da disciplina de enfermagem. Ela é autora de mais de 150 artigos em ciências sociais, enfermagem e revistas médicas, além de ter escrito 40 capítulos de livros, seis livros e inúmeras monografias e procedimentos (MELEIS, 2012).

Dentre estes, o modelo de avaliação de Teorias de Enfermagem proposto por Meleis no livro *“Theoretical nursing: development and progress”* é muito usado. Foi desenvolvido em 1985 e hoje está na quinta edição. Envolve os modelos da Descrição da teoria, Análise, Crítica, Teste e Suporte. As perguntas centrais da teoria são respondidas na forma de

proposições: descobrindo quais as proposições da teoria fica mais fácil identificar as premissas e conceitos (MELEIS, 2012). Esse livro ainda não tratava da Teoria das Transições, mas serviu como suporte para avaliação de outras teorias de enfermagem.

A Teoria das Transições foi apresentada em 2010 na forma de livro intitulado “*Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*”. Neste livro, Meleis apresenta um compilado de artigos e trabalhos que representam seus mais de 40 anos na defesa da Teoria das Transições e de outros enfermeiros cientistas que fundamentaram a teoria na prática (MELEIS, 2010).

Segundo a autora, os enfermeiros passam muito tempo devotando seus cuidados a indivíduos, família e sociedade que estão vivenciando uma ou mais mudanças em suas vidas, que afetam a sua saúde, como na admissão para internação hospitalar, a transição para a alta hospitalar, o pós-parto, a reabilitação, morte de um ente querido, imigração transnacional, entre outros. Muitas pessoas com doenças crônicas e bebês prematuros podem sobreviver hoje em dia mediante o avanço tecnológico, o que requer dos enfermeiros conhecimento sobre as transições e intervenções de enfermagem em diferentes estágios críticos (MELEIS, 2010).

A Teoria das Transições, segundo sua elaboradora, a enfermeira Afaf Ibrahim Meleis, é uma teoria de médio alcance, pois possui um âmbito mais limitado e uma menor abstração do que as grandes teorias (MELEIS, 2010).

Transição, para Meleis (2010), significa a passagem de um estado razoavelmente estável a outro estado razoavelmente estável e é um conceito central de enfermagem. É considerada como um caso especial do fenômeno geral de mudança ou transformação, por isso, toda transição envolve uma mudança, no entanto, nem toda mudança pode ser classificada como transição. O processo de transição se caracteriza pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões, que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são um meio para mudança e também resultam de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (MELEIS, 2010).

A estrutura da Teoria de Meleis se caracteriza por seis componentes: Tipos de padrões de transições; Propriedades das experiências de transições; Condições da transição: facilitadores e inibidores; Indicadores do processo; Indicadores de resultado; e Terapêutica de enfermagem (MELEIS, 2010).

A classificação da Transição pode ocorrer quanto à sua natureza por tipos, padrões e propriedades. Os tipos de transições podem ser: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis e mudanças geográficas, como alta hospitalar), saúde/doença (quando ocorre mudança do

estado de bem-estar para o estado de doença ou o contrário) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional, como, por exemplo uma nova chefia de enfermagem) (MELEIS, 2010). E também podem apresentar diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. E suas propriedades podem ser classificadas como consciência (percepção e conhecimento sobre o processo de transição), compromisso (grau de envolvimento no processo), mudança e diferença (o primeiro pode estar relacionado a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas; e o segundo são expectativas não atendidas ou divergentes; sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente), espaço de tempo (desde os sinais iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e estresse até a um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade) e pontos críticos e eventos (frequentemente associados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição, geralmente caracterizada como um período de grande vulnerabilidade) (MELEIS, 2010).

Para entendermos a experiência da pessoa que está sofrendo a transição, é necessário apontar as condições pessoais/individuais e ambientais que podem facilitar ou dificultar o processo saudável de transição e os resultados provindos dela. As condições individuais podem ser classificadas como significado (atribuição de um significado especial à transição ou não); crença cultural e atitude (se a transição recebe algum valor ou estigma); Condição socioeconômica (condição desfavorável está relacionada a dificultador da transição); preparação e conhecimento (preparar-se com antecedência para um evento pode facilitar a transição). A comunidade também pode facilitar ou inibir uma transição saudável (facilitadores: suporte familiar, informações de profissionais de saúde confiáveis e outras fontes, conselho de alguém que é respeitado, bons modelos a seguir e quem possa responder perguntas). A sociedade pode inibir se a transição for comumente estigmatizada ou marginalizada.

Os padrões de resposta possuem alguns indicadores para avaliação. Um deles é o sentimento de conexão, que é a necessidade de se sentir e estar conectado, por exemplo, a alguém, a um grupo que vivencia experiências semelhantes ou a uma instituição. O segundo é a interação, pois, se há uma boa interação entre paciente e quem cuida, o significado da transição e sua resposta se tornam mais facilmente reconhecidos e não são corrompidos. A localização, e se sentir situado, é o terceiro padrão de resposta e está relacionado à

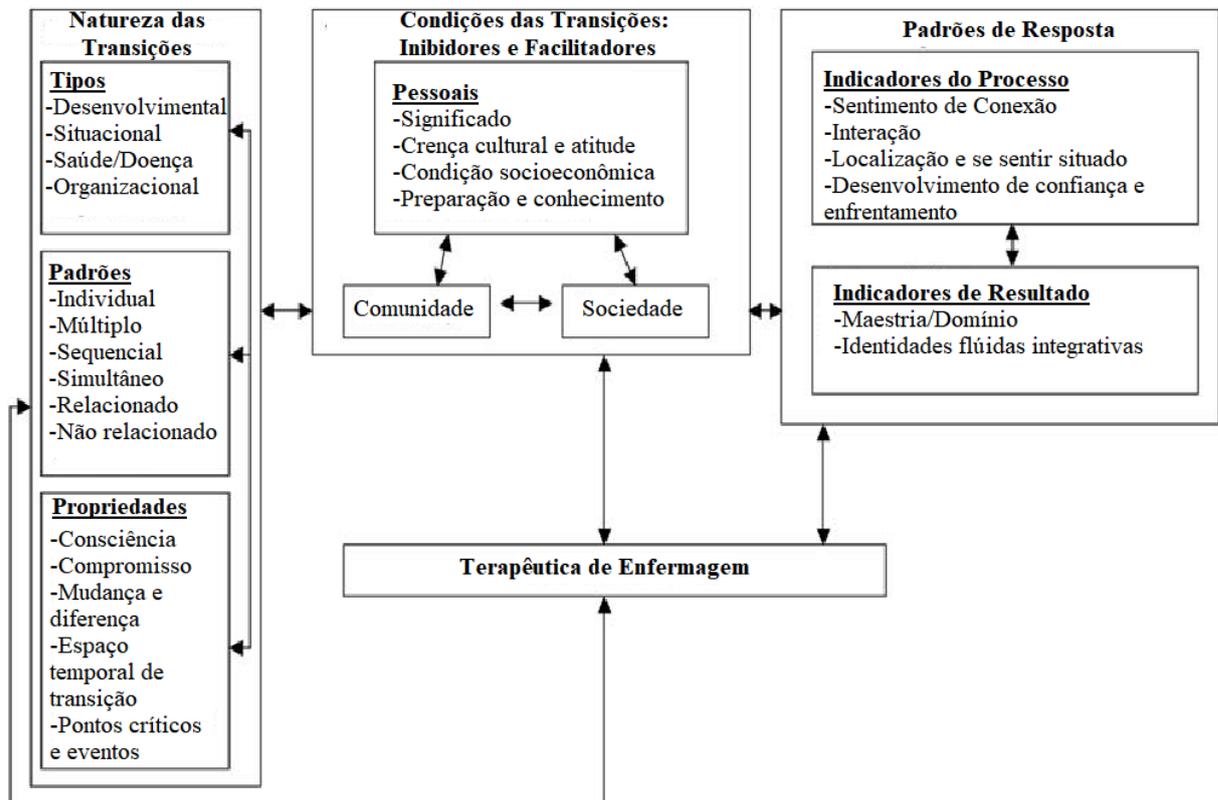
comparação do ambiente antes e após o evento crítico. O último padrão é o desenvolvimento de confiança e enfrentamento, que é demonstrado quando a pessoa acumula conhecimento sobre o evento crítico, conseguindo identificar melhora no processo.

A determinação de quando uma transição está completa deve ser flexível e depender do tipo de mudança ou do evento inicial da transição, assim como sua natureza e padrões. Se uma transição for considerada terminada antes do tempo, pode ser confundida com indicadores do processo e, se for tarde demais, pode ser que já esteja relacionada a outro evento crítico. No entanto, toda transição possui um elemento subjetivo que caracterize o alcance do senso de equilíbrio da própria vida. Existem dois indicadores de resposta às transições: maestria ou domínio (o indivíduo demonstra habilidade e comportamento necessários para administrar a nova situação ou ambiente) e identidade interativa fluida (resulta de uma reformulação de identidade, não se definindo como uma pessoa estática, mas com perspectivas variadas).

Toda transição é caracterizada pelo fluxo e movimento ao longo do tempo. As experiências das transições não são unidimensionais. Entender as propriedades e condições inerentes ao processo de transição direcionará o desenvolvimento da terapêutica da enfermagem, que é congruente com a experiência única vivida pelos clientes e suas famílias, promovendo respostas saudáveis à transição (MELEIS, 2010).

Entendemos que essa teoria de enfermagem é adequada para os resultados encontrados nesta dissertação. As mulheres sofreram diversas transições ao longo do período de internação do RN, dentre elas as que se relacionam com a alimentação do bebê.

Figura 3 – Estrutura da Teoria das Transições adaptada



Fonte: MELEIS, 2010. [adaptado].

3.2 A maternagem por Winnicott

A essência do pensamento de Winnicott é que um bebê sozinho não existe, pois depende de cuidados e alimentação para começar a sua existência. Esses cuidados são a maternagem suficientemente boa que pode ser desenvolvido pela mãe.

Donald Woods Winnicott nasceu em 1896 em Plymoth, Reino Unido, e faleceu em 1971 em Londres. Exerceu a medicina como pediatra e, após quarenta anos, também se especializou em psicanálise infantil. Considera a relação mãe-lactente uma unidade indissolúvel. Dentre a coletânea de obras, palestras e pesquisas, foram lançados os livros “ *Holding e interpretação*”, “ *Privação e delinquência*”, “ *O gesto espontâneo*”, “ *Tudo começa em casa*”, “ *A família e o desenvolvimento individual*” e o livro que utilizamos como base para o arcabouço teórico, “ *Os bebês e suas mães*” (WINNICOTT, 2006).

Atender às necessidades do bebê não é apenas saber dizer se o bebê está com fome ou não, mas refere-se também a coisas sutis como o “segurar”, que abrange o que a mãe é e faz.

O bebê precisa ser tomado nos braços ou em uma superfície, mudar de posição, sendo experiências simples que se baseiam no contato sem atividade e criam condições para o desenvolvimento de unidade entre mãe e bebê, caracterizando a mãe dedicada comum. O bebê, com o tempo, começa a vivenciar frustrações e dificuldades do meio ambiente; nessa fase, já existem mecanismos para que a mãe permita que o filho passe pelo período de má adaptação, em que nem todas as suas necessidades são atendidas de imediato.

No início, do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio e, portanto, a mãe é parte dele. Naturalmente, as mães querem tomar conta dos cuidados com o bebê e a que amamenta simplesmente não se preocupa com gorduras e proteínas e sim está completamente envolvida nesses estágios iniciais.

Os bebês são muito sensíveis à maneira como são segurados. Winnicott (2006) aponta essa diferença quando observamos um bebê chorar no colo de uma pessoa e ficar calmo quando outra o segura. Defende que as mães são especialistas em cuidar de suas próprias crianças.

Winnicott (2006) ainda enfatiza que a amamentação é uma forma de comunicação entre mãe e bebê. Mas deixa claro que, mesmo sem a experiência da amamentação, um bebê pode experimentar o contato físico e íntimo com sua mãe de outra forma, e que a saúde mental em construção da criança está sendo construída desde o início pela mãe, mas depende também de um possível oferecimento de um ambiente facilitador, ou seja, de recursos ambientais suficientemente bons.

Grande parte da vida de vigília do bebê inicialmente está voltada para a alimentação.

É interessante destacar que, para o autor, a amamentação não é mais importante do que o ato de segurar e manipular o bebê. Porém, qualquer que seja o outro modo de alimentar um bebê, e por mais satisfatório que possa ser, a satisfação da mulher em ser capaz de usar uma parte de seu próprio corpo desta forma é totalmente diferente e pode estar relacionada à memória de quando ela mesma era um bebê. Apesar dessa satisfação em usar o seio para alimentar, a mamadeira também permite que o bebê e a mãe se olhem nos olhos e tenham o contato característico deste estágio inicial (WINNICOTT, 2006).

Ainda sobre alimentação, a lactação materna é mantida por resposta ao estímulo da visão, cheiro, tocar no bebê e o choro, que indica necessidade a ser atendida. A alimentação (não somente a amamentação) acaba sendo um cuidado que a mãe toma com o bebê e se torna um meio de comunicação entre ambos, como uma canção sem palavras (WINNICOTT, 2006).

A mulher grávida se prepara para ser mãe nos últimos períodos de gestação, mas gradualmente volta ao seu estado normal nas semanas e meses que seguem o nascimento, o que é chamado de preocupação materna primária. Nessa fase, as mães são capazes de colocar-se no lugar do bebê, identificam-se com ele, o que possibilita ir ao encontro das necessidades do recém-nascido (RN) de uma forma especial e que não pode ser ensinada. Winnicott (2006) ainda defende que bebês prematuros podem estar em melhores condições psicológicas em uma incubadora do que um bebê a termo, pois este último necessita de contato corporal.

O nascimento do bebê acarreta transformações nas atitudes dos pais. Com relação à alimentação, a mãe e o bebê chegam a um acordo, e quando isso acontece, estão lançadas as bases para um relacionamento humano. Winnicott (2006) defende a não interferência de profissionais de saúde, principalmente os médicos e enfermeiras, no processo de alimentação, principalmente na amamentação, pois a mãe é capaz de desenvolver esse relacionamento e a interferência pode atrapalhar esse processo natural.

Através de Winnicott, é possível entender que a maternagem são ações que a mãe dispensa ao seu filho recém-nascido e as formas de alimentação fazem parte desse processo. Por isso, essa teoria também pôde ser utilizada na discussão dos resultados desta pesquisa.

CAPÍTULO 4

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, utilizando como método a Narrativa de Vida, segundo o referencial de Daniel Bertaux (BERTAUX, 2010).

Com relação à pesquisa descritiva, permite realizar um delineamento da realidade, pois, sem manipular dados, o pesquisador observa, descreve, registra, analisa e correlaciona, interpretando os fatos da natureza atual ou o processo dos fenômenos (POLIT; BECK, 2011). Ainda de acordo com Polit e Beck (2011), o propósito da descrição norteia uma pesquisa em que se observam as ocorrências e, em seguida, elas serão descritas e classificadas.

As pesquisas qualitativas são adequadas aos estudos que trabalham com as histórias, com as representações, crenças, percepções e opiniões que são produtos das interpretações que os humanos fazem durante a vida. É preciso reconhecer a complexidade do participante do estudo (MINAYO, 2008). Não prossegue de maneira linear, é complexa, exige criatividade e sensibilidade conceitual (POLIT; BECK, 2011).

Acreditando que a voz dessas mulheres necessita ser ouvida para assim entender o que da história delas podemos aprender para o dia a dia da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), escolheu-se como método deste estudo a Narrativa de Vida. Através desse método, busca-se compreender um fragmento de realidade social-histórica, ou objeto social, em profundidade. Possibilita extrair das experiências informações e descrições de quem viveu no interior desse objeto social que, ao serem reunidas e analisadas, ajudem a compreender seu funcionamento e suas dinâmicas internas (BERTAUX, 2010).

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais abertas com a seguinte pergunta norteadora para introdução: “Fale-me como foi para você desenvolver o cuidado com seu bebê com relação à alimentação do mesmo dentro da UTI Neonatal desde que ele(a) nasceu”. Antes da entrevista, também contemplando o método proposto, as participantes foram convidadas pela entrevistadora a considerarem suas experiências passadas através de filtros, tais como a alimentação do bebê na UTIN, a alimentação do bebê por sonda, se interagiu com o bebê com relação à alimentação, como foi o fato de poder dar de mamar, mas o filho não pode sugar.

O áudio foi gravado em mídia e posteriormente transcrito. Anotações foram realizadas através do Diário de Campo. Segundo a metodologia de Narrativa de Vida, o entrevistador não deve falar muito nem interromper o participante, mas deve manter suas expressões de interesse, já que deve encorajar o entrevistado a contar sua vida. As perguntas devem ser feitas nas pausas com intuito de continuar a linha de pensamento do participante ou fazê-lo pensar o que poderia ter acontecido se fizesse a situação destacada de uma forma diferente. A carga emocional durante a entrevista também deve ser considerada como carga de significações. Antes de encerrar a entrevista, é importante voltar a falar sobre momentos felizes da vida do participante para a lembrança da entrevista ser positiva. E após desligar o gravador, não voltar a ligá-lo, apenas tentar recordar o que foi falado e escrever após o término. Após o encontro, o pesquisador deve escrever suas impressões gerais da entrevista, iniciando a análise (BERTAUX, 2010).

O caminho metodológico é adequado a esse estudo, uma vez que a intenção é descobrir, por meio da fala da participante, as interpretações individuais acerca da sonda gástrica para o indivíduo, através de sua história e do contexto em que vivenciou essa experiência.

O cenário do estudo foi inicialmente um Hospital Universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro, nos setores: UTIN, enfermaria de pediatria e ambulatório de acompanhamento de egressos da UTIN, pois nesses locais se encontram crianças que se alimentam ou se alimentaram através de sondas gástricas na fase neonatal.

Porém, o fechamento temporário da maternidade da instituição cenário para obras, nos meses iniciais de 2017, diminuiu o número de possíveis participantes nos demais setores. Com a dificuldade de conseguir entrevistas no local, decidimos acrescentar uma emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para este projeto, no intuito de expandir a coleta de dados com a técnica bola de neve.

Buscando a variedade na amostra, foi necessária a utilização da técnica chamada “*snowball sampling*”, ou amostra por bola de neve, que consiste em alcançar os participantes da pesquisa através de indicações (BERTAUX, 2010; VINUTO, 2016). Primeiramente, a abordagem é feita a pessoas consideradas informantes-chaves, que são nomeados sementes. As pessoas indicadas pelas sementes são indagadas a indicarem outras, e assim sucessivamente, aumentando o quadro de amostragem (VINUTO, 2016).

Já para implementar a técnica de bola de neve, o local para encontrar as sementes foi o Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), pois nele se reúnem profissionais que trabalham e trabalharam em

UTIN e/ou possuem vínculos com as mães desses recém-nascidos (RN), podendo alcançá-las com maior facilidade, atribuindo à amostra diversidade, principalmente com relação à idade da criança que esteve na UTIN e no ambiente hospitalar.

O projeto foi submetido à apreciação do CEP e aprovado sob CAAE 59897416.0.0000.5285, Parecer 1.836.374, acatando a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), que regulamenta as normas para a pesquisa envolvendo seres humanos, assim como a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e do Termo de Assentimento no caso de a participante ter idade menor do que 18 anos (APÊNDICE B). Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, os direitos das participantes, benefícios, riscos e a garantia do sigilo. A emenda metodológica também recebeu aceite do CEP com número de Parecer 2.151.951 (ANEXO 3).

4.1 Caminhos e percalços na produção dos dados

Ao começar a coletar os dados, meu primeiro pressuposto sobre a captação das participantes foi refutado. Eu acreditava que seria fácil conseguir um grande número de participantes para as entrevistas, visto que, de acordo com minha vivência em UTIN, praticamente todo bebê internado necessita de uma sonda gástrica, portanto, muitas mães seriam elegíveis para este estudo. A realidade foi diferente.

No dia da primeira coleta, das quatro crianças internadas na UTIN, consegui entrar em contato com uma mãe por telefone para marcar a entrevista no hospital, uma que nenhuma das mães estava presente no momento. Segundo Bertaux (2010), o método “narrativas de vida” permite o primeiro contato com o possível participante por telefone, explicando quem você é, do que se trata a pesquisa e se a pessoa gostaria de participar, mas não se deve iniciar a entrevista neste momento por telefone. No entanto, ao entrar em contato com essa mãe por telefone, constatei outro equívoco: eu era uma enfermeira falando do hospital onde a filha dela estava internada. Ela ficou muito assustada com a ligação, presumindo que fosse algo relacionado à saúde de sua bebê. Não sei se isso foi prejudicial ao seu depoimento, mas não achei prudente causar esse tipo de desconforto, portanto, desconsiderei, a partir daquele momento, ligar para as mães de bebês internados para entrevista; preferi conversar com elas quando eu as encontrasse no hospital.

Enquanto eu esperava a responsável pelo ambulatório de pediatria (que acompanhava os bebês provindos da UTIN) voltar de férias, permaneci entre UTIN e enfermaria de pediatria, afinal, crianças internadas na pediatria poderiam ter passado pelos critérios que fariam suas mães candidatas a participantes. Consegui a segunda entrevista nesta enfermaria. A mãe estava internada com a RN na enfermaria de pediatria, provinda da UTIN do mesmo hospital, já que o setor da maternidade fechou para obras. O local da entrevista foi o próprio leito de isolamento em que mãe e RN estavam.

Percebi que o local da entrevista influenciou na qualidade dos depoimentos. Quando consegui ir ao ambulatório de pediatria às quintas-feiras, deparei-me com a dificuldade do local para entrevista. As mães estavam aguardando para que seus filhos fossem atendidos pela pediatra, com a atenção voltada ao chamar dos nomes pelos profissionais, além disso, outras crianças e acompanhantes aguardavam no mesmo ambiente para consulta de outros ambulatórios. Não era um ambiente adequado para se gravar entrevistas, nem para que a mulher se sentisse à vontade de expor sentimentos, mas tentei manter a privacidade dessas mulheres em local mais afastado na mesma área de espera, tentando “driblar” ruídos sonoros e a atenção aos diversos estímulos ambientais.

As entrevistas conseguidas no ambulatório foram importantes para entender a dinâmica e visão da mulher após a alta do RN da UTIN, passados dois anos de idade. No entanto, permaneceu a impressão de que as entrevistas estavam superficiais, apesar do meu esforço em solicitar que a mulher falasse mais um pouquinho (conforme o método Narrativas de Vida recomenda).

Meu segundo pressuposto, de que quando o ambulatório voltasse a funcionar seria mais fácil conseguir as participantes, também foi negado. Abordei duas mulheres que não podiam amamentar por patologias próprias, duas avós que acompanhavam as crianças e não as mães e uma mãe que adotou o RN, por isso também não podia amamentar. Não consegui mais do que uma entrevista por dia no ambulatório e houve dias em que não consegui participantes para entrevista.

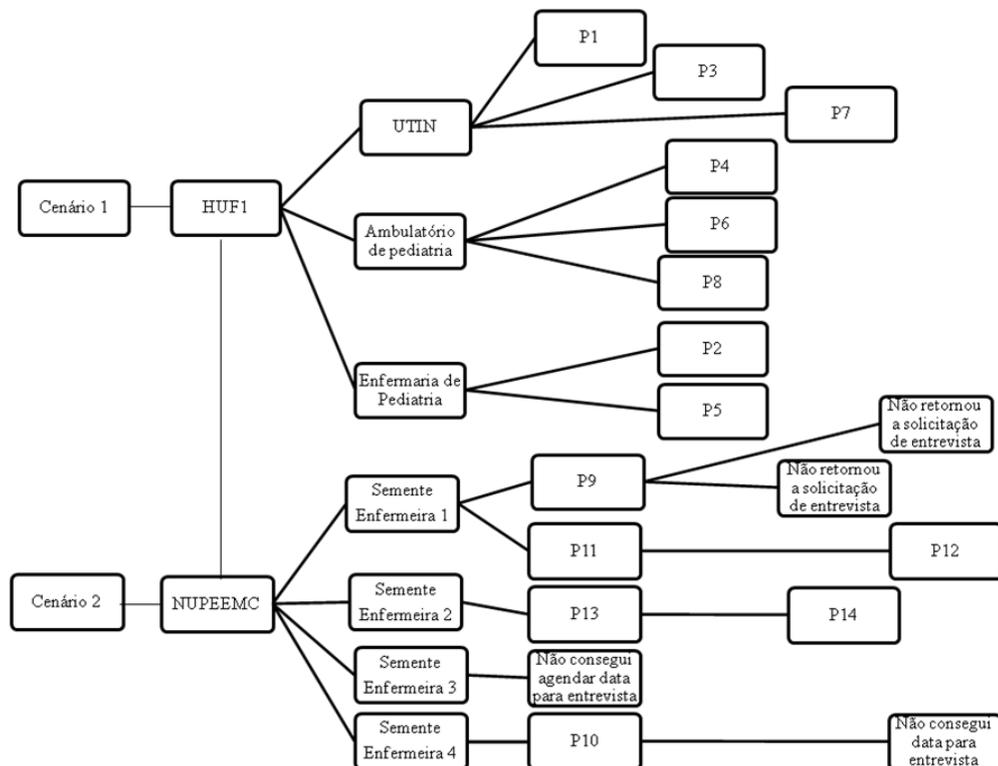
Com o fechamento da maternidade do cenário da pesquisa – que chamamos de Hospital Universitário Federal 1 (HUF1) – para reforma, a rotatividade de RN na UTIN também caiu, apesar disso, consegui a participação de mais duas mulheres e outra na enfermaria de pediatria.

A solução encontrada foi utilizar a técnica bola de neve para captação das participantes, desta forma, fizemos uma solicitação de emenda do projeto para o CEP, cuja resposta positiva veio após três meses.

Após a aprovação do CEP, entrei em contato com quatro enfermeiras do NuPEEMC, que indicaram participantes para esta pesquisa. O novo pressuposto para a coleta de dados era que eu conseguiria participantes facilmente, afinal, eram indicações de pessoas conhecidas. Porém, esperei a indicação pelos profissionais e depois a dificuldade em marcar cada entrevista foi grande. Até eu conseguir a primeira entrevista, para que esta participante me indicasse outra e eu conseguisse agendar novamente, despendeu-se tempo.

Participaram desse estudo 14 mulheres. Destas, oito foram do cenário de pesquisa original (HUF1) em três locais diferentes: UTIN, ambulatório de pediatria e enfermaria pediátrica; e seis foram captadas pela técnica bola de neve, sendo uma em estabelecimento comercial da própria entrevistada, duas em restaurante e duas no local de trabalho em um Hospital Federal do Rio de Janeiro. Para facilitar o entendimento do leitor, elaborou-se a Figura 4, que demonstra a distribuição das participantes e o cenário da entrevista. Para garantir o anonimato das participantes, as mesmas receberam um codinome com a letra P seguido de um algarismo arábico (n) para identificação individual, não necessariamente significando a ordem em que as narrativas foram coletadas.

Figura 4 – Distribuição das participantes (Pn) por cenário em 2017



Legenda: P = Participante.

Fonte: A autora, 2018.

O período de produção dos dados foi de dezembro de 2016 a setembro de 2017. No total, foram aproximadamente 10 meses para obter as 14 entrevistas, no entanto, a variedade das participantes permitiu uma análise mais abrangente do processo de alimentação do RN envolvendo a sonda gástrica e dos fatores para o desenvolvimento da maternagem.

Os dados foram coletados até que ocorresse a saturação dos mesmos. A saturação é um fenômeno que ocorre a partir da transcrição de certo número de entrevistas, quando a coleta de novos dados por meio de novas entrevistas acrescentaria nenhum ou poucos elementos para discussão, ou seja, começam a escassear novos temas referentes ao objeto de estudo (FONTANELLA et al., 2011), como demonstrado no Quadro 2 (APÊNDICE F).

4.2 Caracterização das participantes

As participantes do estudo foram mães de RN que estavam ou estiveram internados na UTIN e que se alimentam ou se alimentaram através de sonda gástrica por incapacidade ou impossibilidade de sucção no seio materno.

Não foram incluídas na pesquisa as mães que não pudessem amamentar devido a patologias próprias, como, por exemplo, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, pois não contempla o objetivo do estudo.

Também foram coletados dados para a caracterização da clientela como os de ordem socioeconômica, informações referentes à história obstétrica e do parto, história do bebê na UTIN, diagnóstico, e outros em prontuário, através de um formulário (APÊNDICE E) para entender o perfil das mulheres entrevistadas e seus bebês.

Nas entrevistas, encontramos a diferencialidade explicada por Bertaux como pessoas em uma mesma situação reagindo ou exercendo sua atividade de maneiras diferentes (BERTAUX, 2010). No caso deste estudo, todas as participantes foram mães cujos filhos utilizam ou utilizaram sonda gástrica no período neonatal, no entanto, houve variação principalmente entre cenários (diferentes instituições/UTIN) e época ou ano que vivenciaram essa experiência, garantindo um perfil de participantes diferenciado.

Foram entrevistadas 14 mulheres que poderiam amamentar, mas seus filhos estiveram ou estavam internados em UTIN utilizando sonda gástrica. A caracterização das mulheres está sintetizada no Quadro 3, seus dados obstétricos no Quadro 4 e dos filhos das participantes no Quadro 5.

Quadro 3 – Caracterização das participantes (P)

Código da Participante	Idade	Situação Conjugal	Escolaridade	Profissão	Idade do filho(a) na data da entrevista	Idade da participante quando o(a) filho(a) nasceu
P1	20	união estável	EM incompleto	do lar	7 dias	20
P2	26	casada	EM completo	do lar	1 mês e 19 dias	26
P3	21	solteira	EM completo	auxiliar administrativo	3 meses e 2 dias	21
P4	22	união estável	ES incompleto	auxiliar de creche	1 ano e 5 meses	21
P5	22	união estável	EM completo	lavradora	6 meses	22
P6	34	solteira	EM incompleto	servente	1 ano e 3 meses	33
P7	31	união estável	EM completo	do lar	13 dias	31
P8	20	casada	EF completo	do lar	6 meses	20
P9	29	casada	ES incompleto	faturista	4 anos e 3 meses	25
P10	33	casada	Pós-graduação	enfermeira	5 anos	28
P11	36	casada	EM incompleto	operadora de caixa	4 anos	32
P12	42	solteira	EM completo	operadora de caixa	4 anos	38
P13	51	solteira	EM completo	auxiliar de enfermagem; funcionária pública	22 anos	29
P14	61	divorciada	Pós-graduação	médica	31 anos	30

Legenda: EF= Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio; ES = Ensino Superior.

Fonte: A autora, 2018.

É importante destacar a variação de idade das participantes neste estudo no momento da coleta das narrativas, sendo a menor com 20 anos e a maior com 61 anos, apresentando 41 anos de diferença. Porém, no momento que vivenciaram a experiência do bebê internado com sonda gástrica, a variação de idade foi de 18 anos. Vale lembrar que P1, P3 e P7 estavam vivenciando a internação dos seus bebês na UTIN no momento da entrevista, já P13 e P14 tiveram essa experiência há mais de 20 anos.

A maioria das mulheres estava com parceiros enquanto passavam pela internação do filho. Essa análise teve que ser observada juntamente com o historiograma (APÊNDICE H) de cada participante, pois há diferenças quanto aos dados apresentados neste quadro. Segundo os dados coletados pelo formulário, nove das 14 participantes, 64%, estavam em união estável ou casadas. No entanto, para a P1, apesar de se caracterizar em união estável, seu parceiro e pai da RN estava em prisão carcerária. Já P12, P13 e P14 estavam com os respectivos pais de seus filhos durante o nascimento e a internação do RN e P3 estava com o namorado. Por essa perspectiva, 86% das participantes estavam acompanhadas por seus parceiros e apenas duas (P1 e P6) não estavam.

Esses dados são importantes, pois, para Winnicott (2006), se a mãe está bem assistida pelo companheiro e/ou pela Previdência Social, ela estará mais bem preparada para a experiência em que saberá quais são as necessidades do bebê. Sendo assim, o apoio do parceiro, da sociedade, de condições de trabalho e econômicas podem influenciar em como a maternagem se desenvolve.

O *status* social e a comunidade dessas participantes podem ser condições de transição facilitadoras ou inibidoras (MELEIS, 2010). Talvez a presença desse parceiro possa ser considerada um viés nesse estudo, pois aumenta as condições favoráveis do desenvolvimento de uma maternagem saudável. No entanto, esse também pode ser considerado um fator importante para narrativas de experiências tão singulares, facilitando ou dificultando a transição de cada participante.

Quadro 4 – Dados obstétricos das participantes (P)

Código da Participante	Paridade			Gestação planejada	Gestação desejada	Número de consultas de pré-natal	Intercorrências obstétricas	Tipo de parto
	Gesta	Para	Aborto					
P1	3	3	0	Não	Não	1	DPP; Líquido Amniótico fétido	Cesárea
P2	1	1	0	Sim	Sim	5	Pré-eclâmpsia	Cesárea
P3	1	1	0	Não	Sim	6	Corioamnionite com 6 meses de gestação; TPP	Vaginal
P4	1	1	0	Não	Sim	6	Anemia; hipotensão; DPP	Cesárea
P5	3	2	1	Não	Sim	3	Não	Vaginal
P6	4	4	0	Não	Sim	6	DPP	Vaginal
P7	3	3	0	Não	Sim	6	Pré-eclâmpsia; Infecção Urinária; DPP; TPP	Vaginal
P8	1	1	0	Sim	Sim	6	Diabetes tipo 1; pré-eclâmpsia	Cesárea
P9	1	2	0	Sim	Sim	5	Abalo emocional: morte da avó; TPP; gestação gemelar	Vaginal
P10	1	1	0	Não	Sim	7	Pré-eclâmpsia	Cesárea
P11	2	2	0	Sim	Sim	6	DPP; bolsa rota por 3 dias	Cesárea
P12	1	1	0	Sim	Sim	Não soube informar	Abalo emocional: Foi assaltada a mão armada durante gravidez; TPP	Vaginal
P13	2	1	1	Sim	Sim	15	TPP; placenta prévia; pré-eclâmpsia; fissura de hemorroida	Cesárea
P14	4	2	2	Não	Sim	10	Diagnóstico de falsa gravidez no início da gestação; sangramento devido a pólipos; TPP	Cesárea

Legenda: DPP: Descolamento prematuro de placenta; TPP: Trabalho de parto prematuro.

Fonte: A autora, 2018.

Neste quadro, é possível observar que apenas uma das participantes, a P5, não apresentou intercorrências durante a gestação. Elas caracterizaram um grupo de gestação de alto risco por apresentarem doenças obstétricas na gravidez como, por exemplo, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro (TPP), amniorrexe prematura e hemorragias da gestação (BRASIL, 2000).

Quanto ao planejamento da gravidez, 43% das participantes disseram ter planejado e apenas uma não desejou a gestação depois de grávida. Apesar de a maioria das participantes ter sofrido intercorrências obstétricas, após se verem grávidas, a maioria desejou a gravidez. Para Winnicott (2017), a gravidez não planejada faz com que a mãe pense primeiramente na interferência que um bebê trará à sua vida, visto que ele demanda cuidados e trabalho, mas se o bebê for desejado, essa interferência acaba sendo ressignificada positivamente. A mulher que ainda não começou a desejar o bebê que carrega no ventre não pode evitar sentir-se infeliz. Porém, a gradual transformação da gravidez ocorre tanto no corpo quanto no sentimento da mulher, ficando cada vez mais certa de que se tornará mãe e começando a desejar o bebê.

Quadro 5 – Caracterização dos filhos das participantes

Código relacionado a filho de:	Idade Gestacional no nascimento	Tempo de uso da sonda gástrica	Leite materno ordenhado	Leite materno pasteurizado	Leite industrializado	Idade no dia da entrevista
P1	29 semanas + 4 dias	7 dias até o momento	Sim	Não	Sim	7 dias
P2	29 semanas	1 mês + 13 dias	Não	Não	Sim	1 mês + 19 dias
P3	26 semanas	2 meses + 29 dias até o momento	Sim	Não	Sim	3 meses + 2 dias
P4	33 semanas	3 dias	Sim	Não	Sim	1 anos + 5 meses
P5	34 semanas	3 meses até GTT*	Sim	Não	Sim	6 meses
P6	30 semanas + 4 dias	20 dias	Sim	Não	Sim	1 ano + 3 meses
P7	35 semanas	13 dias até o momento	Sim	Não	Sim	13 dias
P8	32 semanas + 3 dias	6 dias	Sim	Não	Sim	6 anos
P9	25 semanas	3 meses + 15 dias	Não	Não	Sim	4 anos + 3 meses
P10	33 semanas	1 dia	Sim	Não	Sim	6 anos
P11	27 semanas + 6 dias	1 mês + 15 dias	Sim	Não	Não	4 anos
P12	24 semanas	2 meses	Sim	Não	Sim	4 anos
P13	36 semanas + 5 dias	2 dias + 12 horas	Não	Não	Sim	22 anos
P14	30 semanas	1 mês + 14 dias	Sim	Não	Não	31 anos

Legenda: GTT*= Gastrostomia.

Fonte: A autora, 2018.

Os bebês de todas as participantes foram classificados com prematuridade, variando entre prematuridade extrema e prematuridade tardia. Levando em consideração a subclassificação da prematuridade de acordo com a idade gestacional (IG) da *World Health Organization*, pré-termo extremo são aqueles com menos de 28 semanas de IG, muito pré-termo varia entre 28 semanas de IG a menos de 32 semanas de IG, e pré-termo moderado a tardio de 32 semanas de IG a menos de 37 semanas de IG (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2012). Neste estudo, tivemos 42,9% dos bebês pré-termo moderado a tardio, e pré-termo extremo e muito pré-termo com 28,6% cada.

Eventos múltiplos durante a gravidez que podem resultar em um parto prematuro continuam sendo tema de pesquisas, assim como o aumento de cuidados na prevenção e de intervenções no contínuo do ciclo da gestante, pré-termo e acompanhamento infantil. Esse esforço contribui para a redução nas taxas de natalidade pré-termo, redução da mortalidade e morbidade de bebês pré-termos. A prematuridade é a maior causa de morte e significante potencial de causa de morte em longo prazo entre os bebês sobreviventes em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Juntamente com as diferenças das características das mulheres participantes, também tivemos variedade nas características dos bebês, filhos dessas mulheres, que necessitaram da UTIN. Vale levar em consideração que, apesar de todos os bebês terem sido pré-termo, o tempo de utilização da sonda gástrica variou de apenas um dia a três meses de vida.

Outra característica importante a se destacar do quadro é o bebê da mulher P5. Além de ter nascido prematuramente, a criança demonstrava sinais de uma síndrome, ainda a esclarecer pela pesquisa genética, apresentando neuropatia e outras malformações, uma delas relacionada à formação da musculatura abdominal. Nesse caso, a criança precisou da confecção de gastrostomia (GTT) para alimentação. Segundo Santos e Cesaretti (2015), a gastrostomia é uma via de alimentação construída cirurgicamente, em que uma sonda é colocada na curvatura maior do estômago e exteriorizada através de uma abertura no abdome (estoma). Sendo assim, além de essa mãe ter passado o período neonatal com seu filho na UTIN, ela vivencia, hoje, a experiência da GTT pós-alta.

Para dar ao leitor uma melhor compreensão sobre as participantes do estudo e seus filhos, confeccionamos, no Quadro 6, o historiograma (APÊNDICE H), que consiste em um instrumento metodológico de caracterização sumária da história de cada participante do estudo, com a finalidade de contextualizar, com um breve relato de cada narrativa, permitindo uma visão geral das participantes do estudo.

4.3 Análise temática

O áudio das entrevistas foi gravado em mídia e as entrevistas variaram entre 6 minutos e 29 segundos a 41 minutos e 04 segundos, com o total aproximado de 3 horas e 30 minutos de gravação. As entrevistas foram transcritas, lidas e acrescentadas das impressões da entrevistadora anotadas em diário de campo.

As transcrições das entrevistas foram analisadas através da análise temática proposta por Bertaux (2010), encontrando temas nas narrativas com objetivo de comparar os conteúdos de uma narrativa com a outra. A passagem recortada não pode modificar o sentido contido na entrevista, por isso, deve ser feito um resumo da história do participante para evitar interpretações contrárias, que deve constar em anexo na pesquisa. É necessário perceber as recorrências das mesmas situações que começam desde a comparação da segunda entrevista com a primeira, sendo a análise comparativa um processo desde o início da coleta dos dados.

Segundo Bertaux (2010), essa técnica de análise consiste em descobrir em cada narrativa as passagens relativas a algum tema e assim poder comparar com o conteúdo de outra narrativa e outros temas encontrados. É importante que, durante esse recorte das passagens por temas, não se perca o seu sentido, sendo necessário conhecer a história para evitar interpretações contrárias e respeitar a percepção da participante.

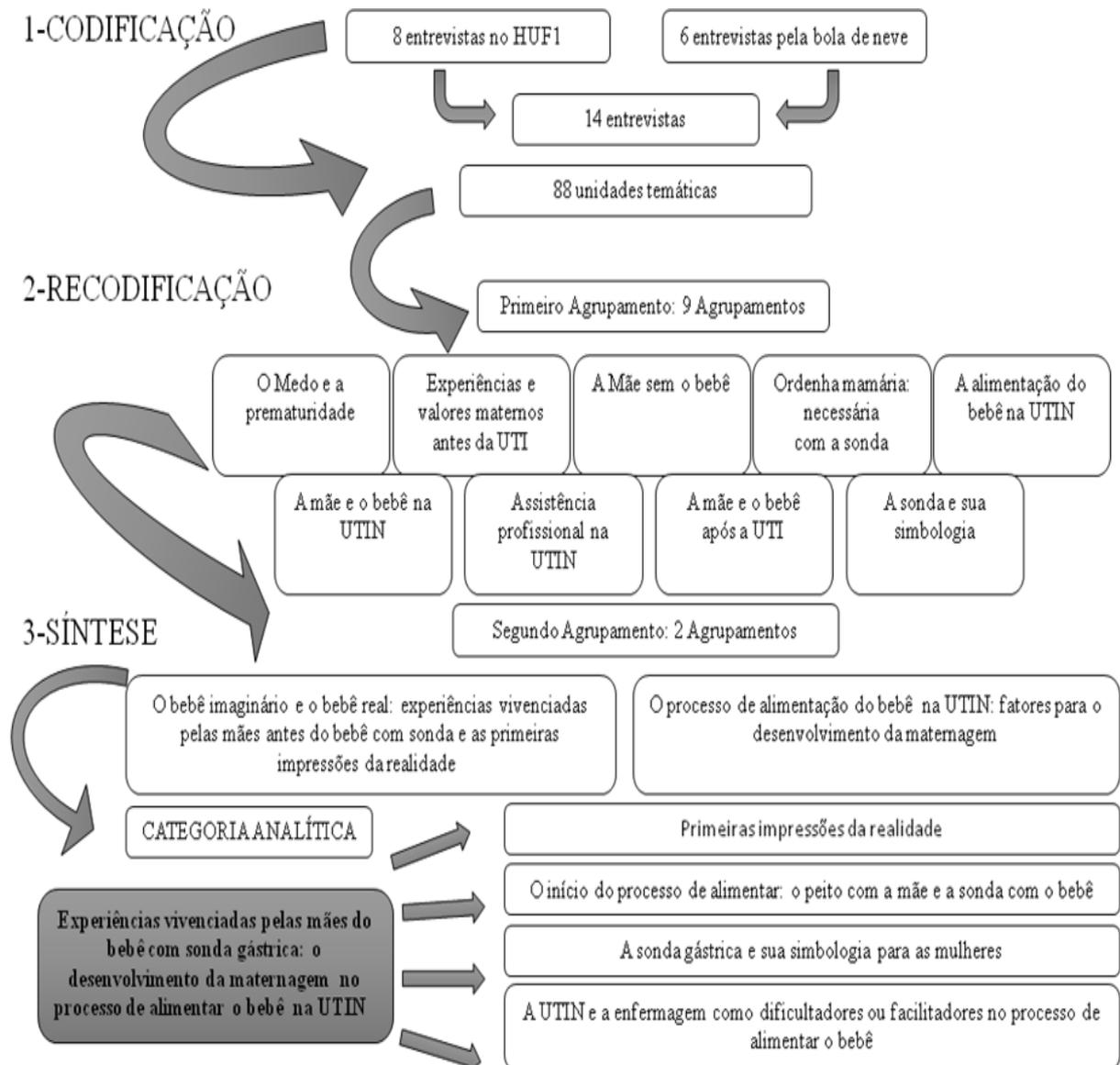
Para atender à proposta de análise temática, foram realizadas as etapas de codificação, recodificação e síntese.

Na primeira etapa, codificação, foram identificadas Unidades Temáticas em cada entrevista e todas estas foram listadas e nomeadas. Em cada entrevista analisada, foram separados trechos com características temáticas semelhantes e outras novas que recebiam nomeação diferente. Após separar as Unidades Temáticas de cada entrevista, estas foram listadas e em tabela verificada a recorrência das mesmas. Nessa fase, identificaram-se 88 unidades temáticas diferentes (APÊNDICE G).

Na segunda fase, chamada de recodificação, essas Unidades Temáticas foram agrupadas por similaridade após nova leitura das entrevistas, originando nove agrupamentos (primeiro agrupamento) (APÊNDICE I). E, desses nove, surgiram dois agrupamentos (segundo agrupamento) (APÊNDICE J).

Após observar novas similaridades, houve o reagrupamento desses códigos, evidenciando a síntese dos mesmos, sendo a terceira fase da análise, na qual foi apontada uma categoria analítica (APÊNDICE K).

Figura 5 – Fluxograma de construção da categoria analítica



Fonte: A autora, 2018.

CAPÍTULO 5

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 **Categoria analítica: experiências vivenciadas pelas mães do bebê com sonda gástrica: o desenvolvimento da maternagem no processo de alimentar o bebê na UTIN**

Na categoria, analisamos o processo de desenvolvimento da maternagem e as transições sofridas pelas mulheres que narraram suas experiências vivenciadas ao ter um filho que necessita ou necessitava de sonda gástrica para alimentação durante o período neonatal.

A categoria foi dividida em quatro subcategorias, como demonstrado na Figura 5, para melhor visualização do contexto da análise, mas todas contemplam componentes do processo de alimentar o bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), são elas: Primeiras impressões da realidade; O início do processo de alimentar: o peito com a mãe e a sonda com o bebê; A sonda gástrica e sua simbologia para as mulheres; A UTIN e a enfermagem como dificultadores ou facilitadores no processo de alimentar o bebê.

Buscamos apresentar as transições sofridas pelas participantes baseadas na Teoria das Transições de Meleis e abordar os aspectos do desenvolvimento da maternagem segundo Winnicott, integrando esses dois teóricos.

Vale destacar que o conteúdo analisado serviu de base para a aplicação da Teoria das Transições que será discutida no Capítulo 6, no qual foi possível destacar a natureza das transições, suas condições, padrões de resposta e a terapêutica de enfermagem, construindo-se a Figura 6 através da análise das narrativas de vida das participantes.

5.1.1 Primeiras impressões da realidade

Foi possível perceber a estrutura diacrônica na narrativa das mulheres não seguindo uma cronologia linear, por exemplo, o tempo antes da gravidez, os desejos e sonhos de ter um

filho foram evocados após narrarem sobre a crise de ter um filho pré-termo. Porém as primeiras experiências vivenciadas com seus filhos na UTIN, e a comparação com o bebê imaginário diferente do que nasceu, estiveram presentes nas narrativas.

Para Bertaux (2010), a narrativa de vida é espontânea, salta adiante no tempo, retrocede e volta novamente, sendo necessário o trabalho de analisar reconstruindo a estrutura diacrônica evocada. A evocação de alguém sobre uma crise, um acontecimento, provoca digressões que o fazem retroceder ou antecipar a continuação.

Independentemente se a gravidez foi planejada ou não, as mulheres e a família sempre esperam por um bebê saudável (ZANI; TONETE; PARADA, 2014). O nascimento de um recém-nascido (RN), por si só, provoca uma crise na mulher pela própria maternidade, e quando esse RN é de risco, há outra crise concomitante, gerada pela internação do filho na UTIN (NIERI, 2012). Esses momentos de crise, ou como Meleis (2010) os define, eventos críticos, determinam a natureza da transição dessa mulher:

- a) transição do tipo desenvolvimental: de gestante para mãe;
- b) transição do tipo situacional: de mãe de bebê imaginário para mãe de recém-nascido pré-termo (RNPT).

Com o decorrer das narrativas, as mulheres narraram a surpresa ao perceberem que seus bebês não eram como imaginaram. Elas não esperavam passar pelo processo de internação dos seus filhos na UTIN, como demonstrado nas narrativas a seguir.

Tudo isso, acho que todo mundo tem vontade de, você ver o bebê te olhando, segurando a sua mão, acho que tudo isso é um complemento, assim, ah, é uma fase atrás da outra: você engravida, o bebê nasce normal, você vai para casa, amamenta e pronto. A gente espera que aconteça tudo assim e não é assim, não aconteceu comigo assim. (P9)

É porque é difícil porque é o sonho de toda mãe ter uma criança normal, de 3 kg, direitinho, das pessoas irem visitar no berço. (P12)

Perceber que não está mais grávida e não está com o bebê nos braços significa a realidade se concretizando diferente do que foi imaginado. As mulheres narram sobre o sentimento de se ver mãe, mas sem a presença do filho.

Eu simplesmente, a minha cesárea foi, ela nasceu treze, eu só acordei nove da noite, eu acho que fiquei no CTI se eu não me engano, ele falou que eu fiquei no CTI [apontou para o pai da criança]. Eu só acordei nove horas da noite, sem ela, só ele do meu lado. (P4)

É porque o berçário da mãe [pausa] eu olhava para o meu berçário e o berçário estava lá vazio sem o meu bebê, né. (P12)

As mulheres revelam o que passaram ao entrar na UTIN pela primeira vez para ver o filho. Narraram que não estavam bem fisicamente, apesar da vontade de ver o bebê, o que fez esse momento ser muito vago, rápido e sofrido.

Só que chegando aqui embaixo, eu não sei se foi aquela onda de calor que teve, em outubro de 2015, muito forte! Esse corredor era um calor insuportável! Quando eu cheguei no CTI [pausa] eu nem cheguei a chegar do lado da incubadora. Eu só olhei, aí tinha uma poltrona, nessa mesma poltrona eu caí já desmaiada. (P4)

Então eu o vi por menos de 5 minutinhos. Só olhei o rostinho dele, eu estava me sentindo um pouco tonta, aí foi rapidinho, então, não teve aquele contato [ênfase em contato] mesmo. (P10)

As mulheres enfrentam desafios ao tentar conhecer seus bebês na UTIN e determinar a sua forma de maternar (TURNER; CHUR-HANSEN; WINEFIELD, 2015). Percebe-se que essa separação causada tanto pelas condições físicas do bebê, que precisa de UTIN, e da mãe, em condição puerperal, são barreiras para desenvolver a maternagem. É importante destacar que a falta de contato físico entre mãe e bebê internado não era incomum há mais de vinte anos, como o que foi narrado por P13 e P14. O primeiro momento da mãe dentro da UTIN igualmente se caracterizou vago, rápido e sofrido.

A separação entre a mulher e seu RN que ficou internado na UTIN pode incluir isolamento físico e emocional (CANO GIMÉNEZ; SÁNCHEZ-LUNA, 2015). Quando o RN nasce com algum problema de saúde, esse evento inesperado pode gerar sentimentos negativos como frustração, além do pensamento da possibilidade de não conseguir desenvolver uma maternagem saudável (ZANI; TONETE; PARADA, 2014). Concordando com os autores, o momento de separação da mãe e do bebê foi narrado com grande pesar pelas mulheres, com sentimento de vazio, perda, impotência e uma sensação “horível”.

Foi uma sensação de perda assim, indescritível. Eu achei aquilo assim, uma coisa muito forte para tão pouco tempo de convívio com ele. Eu mal tinha tido o bebê, passou horas e de um momento para o outro alguém já vai e tira assim, sabe? (P13)

É uma sensação horrível [fala com ênfase em horrível], você chegar em casa sem a barriga, sem o bebê, nem quarto pronto tinha. (P14)

De acordo com Roque e Carraro (2015), a separação da mãe e do bebê se materializa ao chegar em casa e perceber que toda a preparação para receber o bebê e as expectativas para o retorno ao lar foram adiadas, gerando tristeza, mesclada com a preocupação e incerteza

frente à saúde do bebê, e podem ser potencializadas quando a mulher está distante e sem notícias.

Pensando em obstáculos, a prematuridade dos RN foi considerada pelas mães como um dificultador para a formação de vínculo devido ao medo do bebê morrer e da criança permanecer com sequelas relacionadas à prematuridade.

Ah, eu acho que o importante disso tudo, não tem outra coisa a não ser o amor e amor e o carinho assim de pai, de estar ali com o bebê. Por mais que a gente mãe fique com turbilhão de emoções mesmo, você fica feliz porque nasceu, preocupada porque está ali, fica ansiosa de levar para casa, fica com medo de ter alguma intercorrência, né, no meio desse processo e o bebê morrer como foi com um deles [lágrima nos olhos] e eu fiquei, misturava tudo! (P9)

É porque ela nasceu com dois [kg], no segundo dia ela já foi para 1.800 [g], depois 1700 [g] e demorou esses 18 dias para recuperar 800 gramas! Foi bem difícil. (P4)

As narrativas estão carregadas de culpa. A mulher se culpa pelo filho ter nascido pré-termo, independentemente de causa aparente. Somente o fato de não ter sido “capaz” de levar a gestação a termo já se torna motivo para o desenvolvimento desse sentimento. Para Nieri (2012), é importante trabalhar o sentimento de culpa dessa mãe, pois muitas vezes é evidenciado e acaba se tornando um obstáculo para a formação de vínculo com o bebê.

E a gestante, ela sempre espera levar a gestação até o final, para que o bebê nasça bem. E por mais que a gente não tenha culpa, pode acontecer de nascer prematuro, a gente fica com esse sentimento mesmo de não ter conseguido levar a gestação até o final. (P10)

E a culpa, né, o que eu fiz para esse menino nascer antes do tempo, não tinha nada pronto, uma mistura de sentimentos muito grande. Mobiliza muito, muito, muito. (P14)

Para Winnicott (2006), a mãe pode entrar em depressão e privar o seu filho do que necessita, sem ter forças suficientes para modificar seu estado de espírito, nesse caso, a mulher encontrará dificuldades para se dedicar integralmente a esta preocupação com os cuidados com o seu bebê, ou seja, maternar.

Quanto ao papel da enfermagem nesse processo, as enfermeiras são profissionais importantes na percepção da relação mãe-bebê e no estado emocional das mães. Muitas mulheres vivenciam a dificuldade de reagir ao inesperado adoecimento de seu RN, levando-as a problemas de saúde como pressão alta, distúrbio da ansiedade, distúrbio de estresse pós-traumático, precisando de tratamento psicológico e psiquiátrico. A saúde mental dessas mulheres acaba sendo uma barreira para se relacionar com seu RN hospitalizado, no entanto,

recebendo tratamento, é possível que ela estabeleça um melhor vínculo com o bebê, gerando efeitos até na diminuição do tempo de internação do mesmo (CANO GIMÉNEZ; SÁNCHEZ-LUNA, 2015; FRIEDMAN et al., 2013).

5.1.2 O início do processo de alimentar: o peito com a mãe e a sonda com o bebê

Todas as mulheres participantes sofreram com o nascimento do bebê antes do tempo previsto e sofrem com a transição de gestantes a mães de RN que estão na UTIN. O RN não está mais recebendo os nutrientes provindos da mãe pela conexão do cordão umbilical na vida intrauterina e por isso necessita ser alimentado. A mulher que passa a ter um filho na UTIN se depara com uma nova situação: a de não poder amamentar através do seio. O evento crítico é a entrada da mulher na UTIN, que sofre as transições do tipo:

- a) situacional: ambiente de casa para a UTIN;
- b) desenvolvimental: de mulher não lactante para mulher lactante;
- c) saúde/doença: mãe de RNPT com risco de vida.

No entanto, o desejo de amamentar existia antes mesmo de os bebês nascerem, o que reforça a ideia de vivenciar o problema de poder dar de mamar, mas o filho não poder sugar o seio materno.

É porque acho que toda mãe quer dar o seu leite, assim, saber que a criança mamou. Porque eu sempre tive o sonho de poder dar de mamar, de poder pegar no colo, aquele olhar. (P9)

Sempre quis amamentar, sempre foi um desejo meu. Primeiro que eu queria ter, duas coisas que eu sempre quis ter na vida: ser mãe e eu queria amamentar. (P14)

No trecho da narrativa a seguir, percebemos que a mulher atribui a primeira alimentação do bebê à Nutrição Parenteral Total (NPT) que é administrada por via venosa. Sob essa ótica, a mãe está limitada na responsabilidade de alimentar seu bebê.

E foi, eles deram esse alimento para eles [falando sobre a NPT] exatamente por isso, porque o alimento já ia, primeiro foi venoso, né, já ia direto para onde tem que ir, as proteínas para onde tem que ir, eles não vão fazer a digestão do alimento. (P9)

Segundo Meleis (2010), muitas transições de desenvolvimento ocorrem ao longo da vida, como o desenvolvimento da infância para a adolescência, porém, neste momento, o RN está vivenciando as adaptações da transição de desenvolvimento extrauterino pré-termo e a mulher se adaptando à condição de mãe de um bebê que precisa estar na UTIN.

Para Winnicott (2006), o bebê começa a ser concebido mentalmente, em sonhos e outras ocupações, ainda mesmo quando a própria mãe é criança, manifestando quando ela brinca. Podemos dizer, então, que o desejo de ser mãe e de amamentar se forma antes do nascimento do filho real e que há frustração se não se concretiza como o imaginado.

Em relação a isso [pausa] eu me sinto desconfortável pelo fato de não ter podido [gaguejou], podido amamentar ele. (P2)

Um bebê muito prematuro e é muito difícil não poder amamentar, não poder pegar no colo, ela era muito pequenininha. (P11)

Eu sempre ia tentar de mamar para ela, à noite, no horário que podia, me chamavam, eu ia lá e ia tentar dar de mamar, mas infelizmente eu não tive leite, então eu não pude. (P12)

Algumas mulheres não atribuíram importância à alimentação nesses primeiros contatos com o bebê. Para elas, a condição de saúde e o risco de morte mereceram mais atenção nesse momento. Como a narrativa de P10, que, por conhecer as rotinas da UTIN, ao ver seu bebê, preocupou-se primeiramente com a condição respiratória do filho.

A minha preocupação na época, no momento era somente se ele estava respirando, se ele ia precisar de oxigênio, de ser intubado. Essa era a minha preocupação. (P10)

No historiograma e diário de campo de P1 e P3, que estavam vivenciando a internação e estado de saúde mais delicado das crianças, foi possível perceber o distanciamento entre a mãe e a alimentação do RN. Quando perguntei se elas poderiam contribuir com a pesquisa, as duas, separadamente, falaram que sim, mas que não saberiam o que falar, pois não participavam da alimentação dos filhos. Para Bertaux (2010), o pesquisador não deve ter medo quando o possível participante fala que não tem nada de interessante para dizer, mas deve reconhecer que, pelo contrário, aquilo que ele viveu ainda não existe escrito em lugar nenhum. Ou seja, apesar do primeiro impacto de ouvir que a mulher não teria nada para contribuir, fez-me pensar que seriam entrevistas importantes, uma vez que elas estavam vivenciando a internação do filho, o filho estava sendo alimentado pela sonda, elas estavam do lado do bebê, mas não se consideravam ativas na alimentação deles, logo seria significativo saber se, através das narrativas, eu conseguiria identificar o porquê.

Foi interessante perceber que as mães que estavam vivenciando o risco de vida do bebê internado na UTIN não atribuíam importância à participação na dieta. Ou talvez não percebessem a importância da ordenha mamária que faziam como parte da alimentação do bebê. Nos dois casos, as mães não manipulavam a sonda e não amamentaram através dos seios os filhos até o momento da entrevista.

As mulheres narraram sobre a situação dos seios estarem com leite, mas o bebê não poder mamar no peito. Apontaram dor, a ordenha e as dificuldades ao ordenhar as mamas. As mulheres que estavam com o filho internado no momento da entrevista, e que ainda não podiam sugar, relataram a falta de estímulo para manutenção do leite.

Então, não está estimulando tanto. Então está até querendo empedrar meu peito. (P1)

Eu estava em um outro hospital, ele foi transferido do hospital que eu tinha. Então eu não tive acesso esse tempo todo. Aí quando eu cheguei perto dele eu já não estava com tanto leite. (P2)

Bom, no começo eu conseguia ainda produzir leite. Eu tirava e ele tomava pela sonda, sendo que como o tempo foi passando, como ele não suga, a produção foi diminuindo bastante. (P3)

A sonda gástrica foi considerada como algo novo e diferente. As mulheres narraram que não conheciam a sonda, nem como funcionava e a comparavam com a alimentação por via oral.

Então eu tenho assim, a minha dificuldade é que a sonda vai direto já para ele, então eu tenho a dificuldade assim, será que eles também não se engasgam? Não tem que pôr para arrotar? Algo assim. (P3)

É, a questão da sondinha é complicado porque eu não tive acesso a nada. (P2)

Nas narrativas, é possível perceber uma dicotomia entre o entendimento de que elas, como mães, não podem fazer nada pelo bebê com relação à alimentação, enquanto, por outro lado, ações que realizam pelo seu bebê, mesmo que consideradas pequenas, são qualificadas como valorosas e compreendidas pelas mães como um cuidado. Algumas mulheres relataram que a ordenha mamária foi realizada com prazer ou como um ato pelo filho, demonstrando sinais de cuidados únicos que eram possíveis de ser realizados, podendo caracterizá-los como, segundo Winnicott (2006), a maternagem suficientemente boa.

Comecei a tirar o leitinho e deixar aqui [UTI]. Como eu não ficava aqui, eu vinha um pouquinho e conforme foi aumentando os horários de eu ficar aqui, eu comecei a tirar mais vezes e aí foi quando eu comecei a dar o peito. (P7)

Eu apertei muito, muito, porque eu queria que ele tomasse o meu [ênfase em meu] leite, né. E eu não conseguia, saía lá uma titiquinha assim [faz o gesto com as mãos de pouco]. Eu fui lá levar toda prosa, crente que estava abafando! Provavelmente deve ter ido para o lixo. (P13)

Para mim, em especial, era um vínculo muito forte que eu tinha com o F. Era o possível naquele momento. (P14)

Esse “fazer algo” pelo filho já caracteriza sinais do desenvolvimento da maternagem com relação à alimentação, concordando com outros estudos em que mães revelam a importância atribuída à ordenha mamária para extração de leite materno (BAUM et al., 2012; MCGUINNESS, 2015). Assim como apontado no estudo de Baum (2012), as mulheres também consideraram o seu próprio leite como benéfico para o bebê e poder disponibilizá-lo para o filho também foi um ato de cuidado único e especial.

Mesmo se ele não aceitar o peito, de forma que eu coloque na mamadeira... porque o leite materno é importante! E eu sei disso! (P2)

Eu achava e acho muito importante ele poder beber o seu leite, ficar mais forte, aumentar a imunidade, porque tudo isso faz diferença né, leite tem todo um complemento assim, questão de imunidade, tudo balanceado, não é igual ao complemento. Ah, ele usava o complemento mais caro, mas não é o meu, não era o meu leite. Com certeza o meu tinha muito mais proteína e tudo, mas pelo menos o que eu pude tirar eu pude ajudar alguém, então, alguém usou o leite proteinado que eu dei. [risos] (P9)

E eu estava trabalhando com saúde pública, eu trabalhava com campanha, na época estava implementando o aleitamento materno e outras políticas públicas. E eu achava muito bom, enfim, do ponto de vista científico e do ponto de vista emocional eu achava importantíssimo [o leite materno]. (P14)

O leite materno da própria mãe ou o de doadora, comparado à fórmula, apresenta menor ganho de peso e crescimento em curto período, no entanto, risco reduzido no desenvolvimento de enterocolite necrotizante (QUIGLEY; MCGUIRE, 2014). É importante que a mulher saiba que a ordenha mamária e a disponibilização do leite materno para o RN na UTIN vai além do desejo de ser a responsável pela alimentação do bebê, mas que, mais uma vez, ela contribui para a saúde do filho.

No entanto, embora informassem a importância da ordenha mamária, esta também foi símbolo de sofrimento, dor e tristeza como uma lembrança de que não poderiam amamentar através do seio seu filho já nascido. É possível perceber essa diferença até mesmo no relato de como faziam a técnica da ordenha mamária. Alguns depoimentos eram enrijecidos e a detalharam como a necessidade de atender a uma exigência da rotina da UTIN.

Ah, bom [pausa] quando ele nasceu ele ficou com a sonda. Então eu tinha que fazer o quê? Ordenhar. (P6)

Eu chegava às 7:30h, ela mamava no peito e aí eu tirava um pouquinho no potinho esterilizado para deixar para ela tomar na chuquinha de madrugada caso fosse preciso, né. (P4)

Eu dava de mamar para ele nos horários certos. (P8)

Os horários determinados para a dieta do RN são necessários para o desenvolvimento do bebê. No entanto, cabe aos profissionais, principalmente à enfermagem, manter esse cuidado menos automático e mais maternal, fazendo com que a mulher interaja com a alimentação do RN.

Dentre os cuidados durante a alimentação por sonda gástrica que podem ser desenvolvidos pela mãe, segundo Yildiz et al. (2011), estão utilizar o leite materno ordenhado como estímulo sensorial olfativo através de um *swab* umedecido com leite, o que contribui, com o tempo, para os bebês atingirem a alimentação oral mais cedo, além de as mulheres se sentirem ativas nesse cuidado e, segundo Kamhawy et al. (2014), a sucção não nutritiva (SNN) antes, durante e após a alimentação do RN, por sonda gástrica, também apresenta benefícios para as mães que atuam durante a alimentação e para os bebês. Pode ser usada para deixar o RN alerta durante a alimentação, mantendo melhor interação com seu cuidador, principalmente os pais, proporcionando um comportamento físico e neurológico ideal. Os níveis de saturação de oxigênio aumentam com a SNN e o tempo de transição da alimentação por sonda para o seio materno diminui.

Com a realidade do filho com sonda gástrica, também vieram as narrativas sobre não poder dar de mamar através do seio. Essa condição foi considerada ruim, estranha, difícil.

Ruim né? Seu peito está cheio de leite, seu filho podendo mamar, mas não tem força para sugar. (P6)

Olha, é estranho, né? [fez uma careta] Eu tirava, né, e as meninas iam dando a ele. É chato porque eu cheia de leite, né, e ter que ver meu filho ali tomando na sonda. (P7)

É difícil não amamentar, mas eu ordenhava o leite e não deixava dar outro leite para ela, só o meu. (P11)

Para essas mulheres, o desejo de amamentar, ou de usar o próprio seio como meio de alimentar seu filho, como Winnicott (2006) nos apresenta, não permitiu, naquele momento, que elas desfrutassem da satisfação de contribuir com a alimentação do bebê. Nesses casos, a ordenha e a alimentação pela sonda não foram instrumentos capazes de substituir a amamentação.

Vale destacar a importância de se valorizar o processo de alimentação do bebê. Para Winnicott (2006), quando o bebê e a mãe chegam a um acordo na situação da alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano.

O leite da mãe não flui como uma excreção; é uma resposta a um estímulo e este estímulo é a visão, o cheiro e o tato de seu bebê, e o choro do bebê, que expressa necessidade. É tudo uma coisa só: o cuidado que a mãe toma com o bebê, e a alimentação periódica que se desenvolve como se fosse um meio de comunicação entre ambos – uma canção sem palavras. (WINNICOTT, 2006, p. 69)

Dentro da UTIN, os estímulos para manter a lactação materna são diminuídos pela separação da mãe e do bebê. O desejo de amamentar o bebê depois do período da necessidade de utilizar a sonda foi evidenciado.

E também, assim, claro que eu quero que, quando ele saia da sonda, ele vá para o peito e meu leite desenvolva mais, né? Que volte pra que ele se alimente pelo meu, não pelo leite industrializado. (P3)

A alimentação da criança é uma questão de relação mãe-filho, o ato de pôr em prática a relação de amor entre dois seres humanos e as mães sempre souberam disso, apesar de, muitas vezes, os profissionais de saúde apenas se preocuparem com a nutrição, o fator bioquímico e físico (WINNICOTT, 2017). Talvez por esse entendimento, as mulheres sintam a vontade de ver o bebê livre da sonda e sendo alimentado diretamente pelo seio materno.

5.1.3 A sonda gástrica e sua simbologia para as mulheres

A sonda gástrica esteve presente nas narrativas, compondo o processo de alimentação dos RN, e foi caracterizada com diferentes abordagens pelas mulheres. Algumas atribuições foram percebidas de forma negativa, em que a sonda provocava dor, desconforto e lesões em seus bebês.

Tanto que fez até uma alergia no narizinho dele por causa da sonda. (P8)

É horrível a sensação, é horrível porque aquilo com certeza deve incomodar. (P6)

Mas a sonda o tempo todo [pausa] é doloroso. Assim, para mim foi muito doloroso. (P2)

Embora essas mulheres entendessem que a sonda era um dispositivo necessário para a sobrevivência do bebê, as narrativas confirmam a associação do dispositivo com um bebê doente e como um símbolo do RN no hospital (DELLENMARK-BLOM; WIGERT, 2013).

Sabendo que a sonda existe e que, naquele momento, as mulheres não poderiam amamentar seus bebês, particularmente chama atenção a sonda como substituto da amamentação, atribuindo, nesse caso, um valor ao dispositivo que favorece o desenvolvimento da maternagem na qual a mulher amamenta seu filho pela sonda.

E eu também já fiz, já fiz [fala com expressão sorridente] já amamentei, cheguei a amamentar ele pela sonda. (P6)

Aí eu dava o mamar, dava o mamar [falou balançando a cabeça que não]. Dava o, é [ênfase em é] dava o mamar na sonda, botava a seringa e ia descendo devagar até chegar mesmo no processo de lavar a sonda. Elas faziam com que eu participasse daquilo, como se fosse realmente alimentando em todas as fases. E ele ficou assim um bom tempo. (P9)

Cabe destacar o aspecto de que dessa vez a sonda substituiu o seio e, através dela, as mães puderam alimentar seus filhos de uma forma diferente, no entanto, com significado próprio, exercendo a maternagem. Quando as mulheres mencionaram auxiliar na administração da dieta por sonda gástrica, observei expressões alegres pela vontade de ser responsável pela alimentação e essa responsabilidade ser parcialmente atendida. Também interpretavam esse momento como substituto da amamentação, pois o bebê estava sendo “amamentado” através da sonda gástrica.

Nesse momento, a mãe está fazendo o possível para atender às necessidades do bebê, vivendo a transição da condição de gestante para a de mãe, e isso inclui ser responsável pela alimentação do filho (WINNICOTT, 2006).

O simbolismo da sonda como um meio para amamentar vai além do fato de a própria mulher exercer essa função. Para elas, a enfermagem também amamenta seus filhos através da sonda.

E aí elas, com a seringa, puxavam o leite na seringa que tinha e por ali elas iam amamentando ele. (P6)

Eu não pude amamentar até então. Ele foi amamentado pela sonda. (P2)

É, eu tirava, botava no potinho, ficava sentada ali e elas vinham, né, na seringinha e davam a ele. (P7)

Essa experiência narrada pelas mulheres acaba atribuindo à enfermagem um papel maior do que o fato técnico de administrar a dieta pela sonda. Somos os profissionais que as substituem nesse cuidado, logo, pode ser entendido por elas como negativo, uma vez que alimentação do bebê deveria ser uma atribuição da mãe, ou positivo, quando a enfermagem consegue incluir a mãe nesse cuidado.

Cabe lembrar que as participantes P1, P2, P3, P5 e P7 estavam vivenciando a internação de seus filhos, seja na UTIN ou na enfermaria pediátrica. Essa informação é valiosa para análise dos relatos, pois percebemos diferenças nas narrativas dessas mães em comparação às outras.

Percebemos que a mulher pode não atribuir um significado relevante para a sonda quando considera que seu bebê está vivenciando uma situação grave de risco de vida. P1 e P3, por exemplo, disseram prontamente que não sabiam o que falar sobre a alimentação do bebê por sonda gástrica, pois o primeiro começara a apresentar estabilidade hemodinâmica há poucos dias e o segundo, apesar de mais tempo na UTIN, ainda necessitava de oxigenoterapia (APÊNDICE H).

Já P5 estava vivenciando a internação do seu bebê com gastrostomia. A narrativa dessa mulher estava relacionada a um pesar profundo, percebendo o desejo de alimentar seu filho por via oral, mas sem esperanças de que pudesse acontecer. Para ela, a alimentação através da sonda não transmitia o amor que se transmite para a criança através do seio materno.

É uma coisa assim [pausa] não tem como explicar. É uma coisa de mãe mesmo, porque mãe sente um amor pelo filho. E para mim, alimentar ele no peito seria uma coisa muito boa, não ver ele assim, com aquela sonda. (P5)

Estar com a sonda gástrica também pode ser considerado como um significado de melhora ou não do quadro do RN para a mulher, pois é destacada a tristeza quando o bebê que já se alimentava por via oral volta para sonda (BAUM et al., 2012). P2 destacou, em sua narrativa, a problemática de a sonda ser o impeditivo para o bebê receber alta. E a mesma dificuldade foi narrada por P12, pois a sonda foi marcada como o último “aparelho” a ser retirado do filho.

Porque em um horário ele ia bem, em outro horário não. Aí volta a sonda, eu ficava bem quando ele ficava bem, mas aí voltava a sonda, e eu: Ai meu Deus, quando que isso vai acabar? (P2)

Às vezes, a maioria dos aparelhos dela já tinham sido tirados e ela estava só com a sondinha, ela estava tomando remédio pela sonda, a alimentação dela era toda pela sonda. (P12)

Para Dellenmark-Blom e Wigert (2013), muitas mães só percebem seus filhos como bebês reais quando a sonda é removida, sendo possível ver o rosto todo do RN. Entender essa simbologia nos ajuda como enfermeiras a compreender o processo de transição das mulheres nesse momento em que o bebê já passou pelo maior risco de vida e precisa então aprender a se alimentar sem o auxílio da sonda gástrica. É um momento de angústia e ansiedade para a alta hospitalar. Podemos entender esse momento como um evento crítico. A mulher passa pela transição dos tipos:

- a) situacional: mudança da UTIN para UI (Unidade Intermediária) ou Enfermaria Canguru;
- b) saúde/doença: mãe de um bebê que se alimenta por sonda para mãe de um bebê que se alimenta por via oral.

A espera pela oportunidade de poder amamentar seu filho, ou usar bico artificial para alimentá-lo gera angústia nas mulheres. No entanto, cabe dizer que apesar das participantes relatarem o desejo em amamentar, a mamadeira (bico artificial) foi um instrumento que permitiu o contato entre mãe e bebê durante a alimentação na transição da alimentação por sonda para alimentação pro via oral.

Porque uma coisa tão pequena para algumas pessoas, pra mim [choro] era motivo de comemoração! Porque ele já não ia ter, essa questão da sonda, eu não amamentei! Mas só essa questão dele estar indo bem na mamadeira, tudo bem, eu não consegui amamentar, mas a mamadeira evoluiu bem rápido, então, já é alguma coisa [fala chorando]. (P2)

Acho que o olhar, não sei, eu tenho isso, o bebê olha para mãe de uma maneira muito bonita assim, quando está amamentando, quando você vê um bebê na rua e vê o carinho dele no olhar, né, assim, aquele amor, aquela coisa. Mas ele recebeu isso também. Mesmo pela madeira deu para transmitir o olhar. (P9)

Existem outras formas de o bebê experimentar o contato físico íntimo com a mãe além da amamentação. O ato de segurar e manipular o bebê, além de mãe e bebê se olharem nos olhos, que é uma característica do estágio inicial do seu reconhecimento como ser, é algo que não depende do uso do seio verdadeiro. E, por isso, uma mamadeira bem dada pode ser

melhor do que um peito de uma mulher que não queria ou podia amamentar (WINNICOTT, 2006).

Nesse momento, destacam-se ainda mais a relação entre mãe-bebê e a alimentação, sendo conhecidas como a base para o desenvolvimento psicológico da criança.

[...] a única base autêntica para relações de uma criança com a mãe e o pai, com as outras crianças e, finalmente, com a sociedade, consiste na primeira relação bem-sucedida entre mãe e o bebê, entre duas pessoas, sem que mesmo a regra de alimentação regular se interponha entre elas, nem mesmo uma sentença que dite que um bebê deve ser amamentado ao peito materno. (WINNICOTT, 2017, p. 36)

Seja a alimentação oferecida ao bebê através do seio, da mamadeira ou até mesmo da sonda, o importante é que essa ligação entre mãe e bebê exista. Logo, não podemos deixar de valorizar esse processo.

Juntamente com a evolução do bebê quanto à alimentação, vem a angústia de acompanhar o ganho ou perda de peso do filho. Muitas vezes, a responsabilidade sobre o peso do bebê é transmitida para a mãe. Além de fornecer o alimento, as mulheres carregavam o medo de serem responsáveis pela piora clínica do bebê.

Então eles tinham que ganhar. Então quando ganhava 10g a gente ficava superfeliz! Perdia 1g a gente chorava. (P9)

Sim, quando ele recebeu alta da UTI, na verdade assim, o peso dele não estava ideal para receber alta, porque ele saiu com 1 kg e 700 da UTI. Aí a doutora falou que ele não ia poder perder peso senão ia voltar para UTI, daí lógico que a gente ficava com medo. A gente fazia de tudo para ele não perder peso. (P10)

Foram 4 ml, no dia seguinte 6 ml e foi aumentando e conforme ia aumentando, ela ia ganhando peso, ganhando peso e aquilo só ia aliviando mais, sabe, a minha dor. (P11)

É importante que, quando as enfermeiras estejam com essas mulheres, não apenas passem a informação do momento, mas que escutem ativamente as expressões de medo, esperança, dificuldades, entendendo o silêncio e o choro, reconhecendo que cada mulher necessita de um período de tempo que não é apenas representado cronologicamente, mas existencialmente (MELO; SOUZA; PAULA, 2014).

5.1.4 A UTIN e a enfermagem como dificultadores ou facilitadores no processo de alimentação do bebê

Ao entrar na UTIN pela primeira vez, os pais se deparam com um ambiente com muitos monitores e máquinas, além de ser pouco acolhedor, ficando assustados com a imagem de seu filho hospitalizado (COSTA; PADILHA, 2011; NELSON; BEDFORD, 2016). Muitos demonstram a necessidade de se adaptar ao ambiente antes de focar nas necessidades do RN (WAKELY; RAE; KEATINGE, 2015). Esse impacto pode provocar uma dificuldade na interação entre mãe e bebê, pois a reação que elas expressam é de não querer o filho naquele ambiente, logo, primeiro ocorre a negação de que o bebê precisa da UTIN.

Não queria ela ali, tinha aqueles fios para ver batimento cardíaco, não sei o quê, não queria ver aquela cena, eu só queria minha filha no meu colo. (P4)

Ah, quando eu cheguei aqui eu estava bem desesperada. (P7)

Vão furar ele todinho! E eu ficava pensando naquilo, sabe, gelada do lado de fora até esperar, botar, estabilizar ele lá para poder entrar. Aqueles minutos ali foram assim uma tortura! (P13)

As incubadoras, aparelhos de suporte respiratório e aparelhos de monitoramento avançados podem representar barreiras aos pais que desejam ver e tocar seus filhos (LANTZ; OTTOSSON, 2013). O ambiente da UTIN geralmente é desconhecido pelos pais dos bebês, excetuando-se aquelas mães que trabalham ou trabalharam em UTIN, porém, nem sempre conhecer foi sinal de que o sofrimento seria menor ou maior. As participantes P10, P13 e P14 são profissionais da saúde e já conheciam o ambiente da UTIN. Nesse caso, esse conhecimento pode ser considerado facilitador ou não do desenvolvimento da maternagem na UTIN.

Não sei se foi porque eu já trabalhava na UTI e eu já sabia tudo o que acontecia, então aí eu fiquei em pânico! E o desespero foi maior do que qualquer coisa. (P13)

Pelo fato de ser médica, eles não queriam nem que eu olhasse o prontuário, que eu participasse como médica e nem eu podia. (P14)

Mas acredito que se eu não trabalhasse na área e não tivesse esse conhecimento desse dispositivo [sonda], desse material, que precisa ser utilizado, eu acho que eu ficaria sim assustada. (P10)

A rotina dentro da UTIN pode dificultar a interação entre a mãe e o bebê, assim como dificultar a interação do bebê com os outros membros da família. Elas falam sobre a vontade de “exibir” seus filhos para a sociedade e para a família, mas as limitações impostas pela UTIN dificultam a realização desse cuidado especial de mãe.

Aí perguntam: Poxa, eu queria vê-la. Mas não pode. Aí, ele fala: tem como tirar foto? Não pode porque não pode entrar telefone, porque tem muita bactéria para encostar no bebê. (P1)

Minha mãe também não podia entrar, só eu podia entrar no domingo. Então para mim isso foi muito ruim. (P8)

Eu ficava de 8 [horas] até umas 22:30 [horas] que é a hora que fechava a UTI. Eu ficava até 10 e meia e meu marido chegava lá tipo, 9 horas e ficava comigo. Ele também ia cedo. Então a gente ia todos os dias. Eu acho que o dia que eu não fui lá, eu não fui lá um dia, foi o dia do enterro do outro bebê. (P9)

É importante lembrar que os RN que estão na UTIN estão sob algum risco de vida, por isso é necessário ajudar essas mulheres no fortalecimento de memórias do tempo que permanecem com seus bebês. Esse auxílio pode ser traduzido através do suporte para a ordenha das mamas, permitindo a permanência delas com os bebês, auxiliando em fotografias e utilizando acessórios como tecidos ou roupas, que poderão ser levadas por elas, acrescentando conforto às mães que estão passando ou passarão por alguma forma de luto (MCGUINNESS, 2015).

Deve existir a sensibilidade para permitir que a mãe se conecte com o bebê que é diferente do que ela esperava. Construir memórias com o bebê ajuda a desenvolver a maternagem e alguns fatos, como não permitir fotografar o próprio filho, mais uma vez retiram bruscamente da mulher o poder de mãe, dificultando o materno mais saudável.

A rotina da UTIN varia de acordo com a instituição, mas a presença dos pais juntamente ao bebê deve ser garantida por 24 horas, segundo o inciso III do artigo 7 da Portaria nº 1.153 (BRASIL, 2014). P13 viveu a experiência de ser uma visitante para seu filho internado na UTIN há 20 anos. No entanto, P1 também se considerava visitante, apesar de estar em dias atuais, e P8 enfatizava que apenas era permitido ficar na UTIN nos horários da alimentação.

É porque a visita dela é de 8 as 8 [horas]. De oito da manhã até às oito da noite. Então nesse período eu posso ficar aqui. Aí depois eu não posso. (P1)

Eu ia fazer visita, eu olhava, botava a mão pela incubadora, fazia um carinhozinho e tinha que me retirar. Não fiquei lá, não fiz nenhum procedimento, não vi ninguém fazendo nada, porque a hora que eu chegava ficava só eu e meu marido na incubadora e era aquela coisinha assim rapidinha: Viu, tá bem? Fora! (P13)

Eu não podia ficar o tempo todo. Só podia ficar nos horários marcados para ele mamar. (P8)

Tendo em vista todo esse contexto da UTIN, é importante que o cuidado da enfermagem seja um facilitador para a interação da mãe com o bebê. As mulheres destacam o cuidado de enfermagem relacionado à alimentação do RN através da sonda gástrica, à ordenha mamária e a explicações sobre como o leite estava sendo administrado.

E na hora de tirar o leite elas estavam ali me orientando, entendeu? Aí elas ficavam me explicando por que que estava tirando, por que que iam dar a ele na sonda, até hoje elas me explicam tudo o que acontece com ele, graças a Deus. (P7)

A princípio, na primeira semana eu acompanhei só [pausa] ele já estava com a sonda quando eu descí para ver, ele já estava de sonda. Aí eu questionei: Ah, por quê? Como que é feita essa alimentação? Ela me explicou que era a sondinha que ela colocava uma seringa e já estavam dando a alimentação. (P9)

Adquirir conhecimento sobre os equipamentos utilizados, além de participar das decisões relacionadas ao RN, são consideradas como uma forma de materno (NEIVA et al., 2013). Sendo assim, concordando com a autora, essas mulheres nos contaram que detalhes não apenas relacionados ao estado de saúde do bebê, mas sim ter a oportunidade de entender como esses dispositivos, inclusive a sonda gástrica, funcionam, é de grande ajuda para começar a se aproximar dos cuidados com o filho.

Além do momento da alimentação do bebê, as mulheres também relacionam a importância de a enfermagem poder retirar o bebê da incubadora e colocar no colo da mãe ou na posição canguru. A incubadora é uma barreira de contato entre mãe e bebê e as mulheres tenderam a se emocionar ao falar sobre como foi colocar o bebê no colo. Logo, esse gesto é percebido como uma grande contribuição para a manutenção do vínculo e desenvolvimento da maternagem.

E como eu te falei, quando eu cheguei aqui, uns três dias depois, a enfermeira tinha me explicado que eles botam no colo para sentir o calor da mãe, para a mãe conversar. (P7)

No dia que a enfermeira, a V. falou: B. hoje eu vou tirar a M. C. do, da UTI, ela vai ser a primeira vez que ela vai sair lá de dentro, então vou pedir para você colocar ela dentro da sua blusa para ela sentir seu calor. (P12)

Nessas narrativas anteriores, destacam-se duas formas de maternar: colocar no colo e conversar para o bebê. Para os pais, tocar seu bebê na UTIN é essencial para o desenvolvimento da maternagem e a restrição de contato é um fator angustiante (WAKELY; RAE; KEATINGE, 2015). Passar o tempo com seu RN demonstra ser importante para a maioria, sendo possível capturar muitas experiências como estar ali para o RN, segurar, promover conforto, calor, amor e criar memórias positivas desse momento (MCGUINNESS, 2015).

As mulheres relacionaram a enfermagem como facilitadoras do processo de alimentar o bebê quando essas profissionais permitem que elas se sintam responsáveis por alimentar o bebê, mesmo na possibilidade de o leite ser administrado pela enfermagem.

Ela tomou no copinho porque a enfermeira falou que ela podia pegar a prática, já que ela não pegava o peito, ela podia fazer a alimentação no copinho. (P12)

Na hora de dar o leitinho na sonda, chegou um certo tempo que eu fazia tudo, com a permissão delas, né, mas eu fazia tudo para quando eu chegasse em casa não ter nenhuma dificuldade. (P11)

Para os pais, há um destaque para a alimentação do RN enquanto ainda estão na UTIN, como a primeira vez que alimentam seus filhos pela sonda ou copinho e quando o RN atinge a alimentação oral total sem precisar mais da sonda gástrica (BAYLIS et al., 2014). Essas etapas são constituintes do processo de alimentação dentro da UTIN, e passar por elas determina eventos críticos e transições que as mulheres sofrem.

A enfermagem também é vista pelas mulheres como os profissionais que “passam a sonda” no filho. Para elas, pode significar causar desconforto ao bebê, ou ser necessário em algum momento de retrocesso na alimentação por via oral. Sob esses dois aspectos, a enfermagem, embora preste o cuidado, acaba sendo protagonista do sofrimento da mãe ao ver o sofrimento do bebê.

Olha, aquilo é uma borracha, né? Quando eu via elas colocando aquilo na boquinha dele, assim, dava a impressão de que a borracha ia machucar por dentro [fez expressão de dor]. (P6)

Mas depois elas me falaram que iam colocar a sonda, porque ele não estava, até agora ele não está mamando, não pegou o bico da mamadeira. (P7)

Winnicott (2006) afirma que as mães sabem como segurar e se adaptar às necessidades de seu bebê no estágio inicial após o nascimento, ou seja, maternar e ser uma mãe suficientemente boa. Por isso, elas sofrem muito quando percebem que seus filhos são

submetidos a quaisquer maus-tratos, muitas vezes provocados por profissionais da saúde, como médicos e enfermeiras. Um exemplo citado pelo autor é o Reflexo de Moro, em que o bebê é submetido a um estresse emocional como se ele se sentisse “desmontar”. Logo, tudo que faça o bebê sofrer fará a mãe também sofrer, no caso do nosso estudo, instalar a sonda gástrica. É preciso ter isso em mente para desenvolvermos essa atividade da melhor forma possível e reduzindo as chances de o bebê sofrer dor ou desconforto.

A respeito da impossibilidade de poder segurar seu bebê da forma que gostariam, cuidar e amamentar, pois são pré-termo, as mulheres narraram a dificuldade de atribuir os cuidados à equipe de enfermagem, inclusive relatam que, nesse momento em que a mulher se sente apenas espectadora, ela não sabe se pode se considerar mãe ou não do RN.

Ah, é complicado você ver. Assim, ele já está internado, está em uma situação que você tem que esperar, ter paciência, porque é outra pessoa que vai cuidar dele. (P2)

Mas você quer estar perto, você quer participar, você quer opinar. Naquela época eu não sei, eu não sei se mudou alguma coisa lá, mas naquela época, a gente mal podia entrar, fazer uma visitinha de médico e sair fora, acabou. (P13)

Foi difícilzinho no começo porque a gente nunca sabe o que fazer. Não sabe como agir. Aí você já entra com medo na UTI, você nunca sabe se pode ser a mãe do bebê ali ou só uma visitante, né? Então você fica esperando o que elas vão dizer. (P9)

É importante lembrar que a filosofia do cuidado centrado na família a reconhece como uma constante na vida da criança, e os profissionais, assim como o serviço de saúde, como temporários e flutuantes. Esse pensamento reforça a necessidade dos pais dentro da UTIN (COSTA; PADILHA, 2011). Tratar o pai, a mãe e a família do RN como partes integrantes do cuidado ao RN é essencial para a assistência de enfermagem adequada a essa clientela.

Quando a mulher percebe que o cuidado ao seu RN é bem realizado, vendo-o receber as atenções da enfermagem, ela também se sente cuidada, o que acaba influenciando no processo de restauração do bebê, assim como no da mulher que está vivendo o estado puerperal (ROQUE; CARRARO, 2015). Devemos entender a manutenção do binômio mãe-bebê como essencial para o fortalecimento do vínculo e saúde, portanto, essas mulheres são aliadas para que os cuidados de enfermagem sejam de qualidade não apenas técnica, mas de construção emocional positiva.

Vale lembrar que muitas vezes a presença da mãe na UTIN pode causar desconforto para alguns profissionais, pois ela representa uma avaliadora/fiscalizadora do cuidado ao RN. A mulher começa a conhecer o ambiente, a rotina, os termos técnicos, o que ajuda também a estabelecer vínculos com o filho. A equipe de saúde, principalmente a enfermeira, que acaba

sendo o acesso dos pais à UTIN, deve permitir o livre ingresso dos pais na unidade. A primeira etapa para estabelecer um contato efetivo dos pais com o RN e o desenvolvimento da maternagem depende dessa boa interação (COSTA; PADILHA, 2011).

As participantes P4 e P8 vivenciaram suas experiências com seus bebês pré-termo na mesma instituição, a do cenário 1, Hospital Universitário Federal 1 (HUF1). As duas não revelaram boas impressões da equipe de enfermagem.

As enfermeiras do CTI, elas são maravilhosas com a criança e com a mãe, mas essa questão de ajudar a amamentar, não sei se elas não têm instrução para isso, se não souberam me ajudar, então, elas não ajudaram muito. (P4)

E eu tive um pequeno problema com uma enfermeira lá. [...] E a enfermeira me barrou, falou que eu não poderia [dar de mamar à noite] porque não tinha nada prescrito. (P8)

A construção do relacionamento com os pais dos RN é a chave para o desenvolvimento do papel da enfermagem (NELSON; BEDFORD, 2016). É importante destacar que o regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral, e a norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional, estabelecidos no Brasil, determinam que é de responsabilidade do enfermeiro administrar a nutrição enteral (NE), além de prescrever os cuidados de enfermagem, estabelecer o acesso enteral, por via oro/nasogástrica ou transpilórica, assegurar o exame radiológico visando à confirmação da localização da sonda, garantir que as ocorrências e dados referentes ao paciente sejam registrados de forma correta, além de orientar o paciente quanto à terapia de NE (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2000; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2014). Por isso, é preocupante que essas mães relatem a percepção de falta de capacidade técnica e autonomia da enfermagem na transição do bebê da alimentação através da sonda gástrica para a via oral.

Quando as mulheres começam a desenvolver os cuidados com seus bebês, a interação entre eles aumenta e contribui para o desenvolvimento da maternagem. Elas narraram como puderam desenvolver esse cuidado especial mesmo dentro da UTIN.

Então, eu ficava toda hora, eu descia para ver como ela estava, teve noite de eu ficar sentada do lado dela a noite toda. Eu não dormia, eu ficava lá olhando. Ela não podia estar no meu colo, ela não podia estar em casa comigo, então eu ficava lá com ela. (P11)

Cantava! E a gente cantava tudo! Música gospel, música [pausa] qualquer música que viesse na cabeça que fosse uma ajuda assim, de levantar um pouco, de melhorar a autoestima, a gente cantava. Aí sempre fiz isso, a gente cantava, conversava. (P9)

Então a gente tinha esses rituais com ele de conversar muito, mas a gente não podia pegar pelo fato de ser inacessível mesmo. Não tinha esse, é porque hoje em dia a tecnologia é muito mais adequada, mas ele, enfim, com vários acessos, com sonda, aí não tinha como. (P14)

Os RN pré-termos podem estar associados à maior propensão a desenvolver angústia, seja por medo, raiva ou tristeza, a partir dos 36 meses de vida. Os que desenvolvem angústia exibem uma cognição ideal quando a interação com a mãe inclui mais afeto e menos insensibilidade. Por isso, sugere-se que a qualidade do cuidado materno é importante para o desenvolvimento de pré-termos e pode ser considerada como foco de acompanhamento e intervenção (POEHLMANN et al., 2012).

O objetivo dos cuidados maternos não está limitado ao estabelecimento de saúde na criança, mas inclui o fomento de condições para a experiência mais rica possível, com resultados de longo prazo na profundidade e valor crescentes do caráter e da personalidade do indivíduo. (WINNICOTT, 2017, p. 63)

Como as enfermeiras estão diariamente ligadas aos cuidados dos RN, é necessário planejar rotinas e intervenções de acordo com cada necessidade das mulheres que são mães de RN internados na UTIN. Assim, facilitaria a aproximação dessa mulher com o bebê, permitindo que ela interaja e demonstre suas preocupações (MELO; SOUZA; PAULA, 2014). A enfermagem deve ser capaz de entender que esses cuidados desenvolvidos pelas mulheres, os mínimos que sejam, são importantes e devem ser incentivados. Permitir o desenvolvimento da maternagem é necessário para o vínculo mãe-bebê e propicia uma melhor condição de saúde à mãe e ao bebê no imediatismo da UTIN e para o futuro além dela.

CAPÍTULO 6

6. APLICAÇÃO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES

O esquema representado foi formulado baseado no esquema da Teoria das Transições e adaptado de acordo com as narrativas das mulheres participantes deste estudo. Embora o esquema proposto ser iniciado com os tipos de transições, consideramos os eventos críticos identificados como ponto de partida para entendermos as transições sofridas pelas mulheres.

Foi possível identificar três eventos críticos principais e gerais: 1 - O parto pré-termo; 2 - A entrada da mulher na UTIN; 3 - A utilização da sonda gástrica para alimentação como “o último aparelho a sair”. Para Meleis (2010), muitos inícios de transições são marcados por pontos ou eventos críticos específicos. Todas as participantes passaram ou estavam passando por algum desses eventos críticos, por isso, ainda que possamos identificar outros específicos a cada narrativa, decidimos nos centrar nos pontos comuns e gerais.

Em seguida, identificamos a natureza das transições segundo seu tipo. Para cada evento crítico, tivemos diferentes tipos de transições. Do primeiro evento, foram destacados o tipo desenvolvimental, de gestante para mãe; e situacional, de mãe de bebê imaginário para mãe de Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT). Vale lembrar que nesse momento a mulher passa pela crise natural de se tornar mãe e outra crise quando o bebê apresenta prematuridade e necessita da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (NIERI, 2012). Pudemos também classificá-las, quanto ao padrão das transições, como múltiplas, por ser mais de uma por evento crítico; simultânea; e não relacionada, pois tornar-se mãe independe de ter o filho pré-termo.

No segundo evento, identificamos os tipos situacional, pois a mulher, que estava em seu lar e pretendia voltar para o lar com o bebê, precisa então se adaptar à UTIN; desenvolvimental, transicionando de mulher não lactante para mulher lactante; e saúde/doença: mãe de RNPT com risco de vida que não pode ser amamentado no momento. E o padrão identificado foi de transições múltiplas; simultâneas; não relacionadas, pois se tornar lactante independe de ter o filho pré-termo; e relacionadas, pois, se o recém-nascido (RN) está na UTIN, provavelmente está sob algum risco de vida e pode ter dificuldade para amamentação.

A transição situacional, por mudar de ambiente da UTIN para Unidade Intermediária (UI) ou Enfermaria Canguru, tornando-se mãe de um bebê pré-alta; e a transição saúde/doença, por ser mãe de um bebê que precisa aprender a se alimentar por via oral para retirar a sonda, foram encontradas no terceiro evento. São classificadas como múltiplas, simultâneas e relacionadas.

Os eventos críticos são uma classificação das transições segundo a sua propriedade (MELEIS, 2010). Como iniciamos a construção do esquema segundo esse ponto, continuaremos então com as outras quatro propriedades relacionadas aos eventos críticos: consciência, compromisso, mudança/diferença e espaço de tempo. No evento 1, a consciência pode ser determinada pelo luto do bebê imaginário, ou seja, viver a perda do bebê que deveria nascer a termo; o compromisso de querer estar com o bebê real; mudança/diferença, devendo-se enxergar como mãe de um bebê pré-termo e não mais como gestante à espera do bebê a termo; e no espaço de tempo até que a mulher aceite o filho e suas condições de prematuridade.

No evento 2, a consciência pode ser determinada quando a mulher entende que o RN necessita da UTIN; o compromisso está voltado para o maternar o bebê da melhor forma possível para que ele sobreviva; a mudança/diferença é identificada quando a mulher entende termos técnicos, mesmo que os mínimos para poder se inteirar da situação do RN, e se adapta às rotinas da UTIN; e o espaço de tempo é aquele enquanto o RN estiver na UTIN.

No evento 3, a consciência da mulher deve ser determinada por entender que o bebê precisa aprender a se alimentar por via oral e ganhar peso; mantém o compromisso de maternar o bebê da melhor forma possível para que ele receba alta hospitalar; há mudança/diferença quando a mulher se sente responsável pela alimentação do bebê e manutenção do peso durante a internação e no pós-alta. O espaço de tempo é inconstante, imprevisível, com progressos e retrocessos, difícil de determinar seu término, visto que continua, no pós-alta, com o bebê sem a sonda ou permanecendo com a sonda, mas dessa vez a de gastrostomia.

Existem condições que podem inibir ou facilitar uma transição saudável e algumas foram identificadas nas narrativas das mulheres. De cunho pessoal/individual, existem o significado, crença cultural e atitude, condição socioeconômica, preparação e conhecimento. Como inibidores, identificamos, respectivamente: Não saber se é mãe na UTIN e sonda gástrica como impeditivo de amamentação, representando o significado atribuído à UTIN e à sonda gástrica; Não acreditar na viabilidade do bebê pré-termo, pois algumas mulheres se depararam com o bebê real com prematuridade extrema que não conheciam; Não ter recursos

financeiros e/ou sociais de permanecer na UTIN com o bebê para materná-lo, posto que são necessários gastos e cuidados com possíveis outros filhos e com a própria mulher. E conhecer a UTIN previamente pode ser considerada condição inibidora ou facilitadora, de acordo com as participantes, pois, como conhecem a rotina, podem ficar mais tranquilas ou ansiosas por saberem os procedimentos que o bebê está sofrendo.

Como facilitadores, estão, respectivamente: Considerar a UTIN como um ambiente para sobrevivência e possibilidade de maternar o bebê, atribuindo um significado positivo à UTIN e considerar a sonda gástrica como uma forma de “amamentar”, significando positivamente a sonda gástrica; Acreditar que o leite materno é importante para o bebê, o que estimula a insistir na ordenha mamária como um cuidado único e especial e ter fé; Ter suporte financeiro e rede de apoio (família, amigos, profissionais); Conhecer a história de outros bebês pré-termo que sobreviveram e como foi a passagem pela UTIN.

As condições associadas à comunidade e sociedade também podem interferir nas transições. A comunidade pode inibir, atribuindo culpa à mãe pela prematuridade e estado de saúde do RN; ou facilitar, como rede de apoio. As regras sociais podem dificultar as transições quando impõem o retorno precoce da mãe ao mercado de trabalho; e facilitar com políticas públicas favoráveis como licença-maternidade/paternidade, auxílios e benefícios.

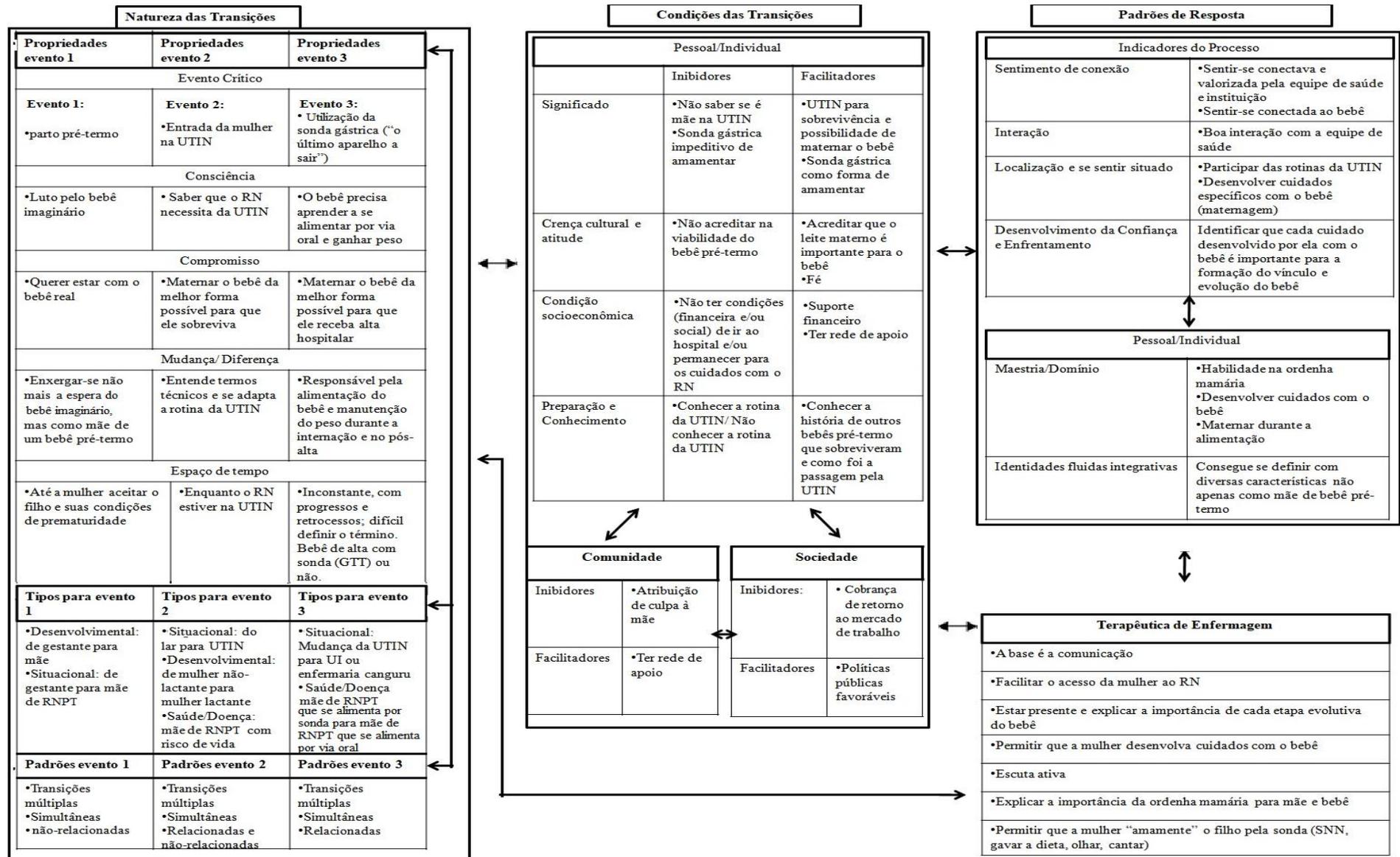
A estratégia da terapêutica de enfermagem está diretamente relacionada com os padrões das transições e suas condições, o que levará a padrões de resposta desejáveis. Meleis (2010) fala em suplementação de papel como terapêutica de enfermagem, na qual o enfermeiro atua no processo definindo o acesso a informações, e/ou providencia experiências para o papel a ser desenvolvido pela mãe se tornar consciente, antecipa comportamentos e objetivos, assim como inter-relaciona a nova função com outras existentes. São ações de enfermagem para prevenir ou diminuir a insuficiência de responsabilidade. A função suplementar consiste em dois componentes: o esclarecimento e a tomada de papéis. Para ajudar as pessoas e seus próximos a entenderem o novo papel e novas identidades que precisam ser desenvolvidas, as enfermeiras precisam prover esclarecimento e facilitar as habilidades deles para assumirem seu papel ou função.

A conversa da enfermeira com o paciente, dialogando e perguntando sobre eventos vivenciados, permite que pacientes e familiares tenham a oportunidade de processar esses eventos e os efeitos causados por eles. Essa conversa foi nomeada como *debriefing* (interrogatório, em tradução livre), definido como o processo de comunicar a outros a experiência que uma pessoa ou grupo tem vivenciado através de um evento crítico (MELEIS, 2010).

Neste estudo, a suplementação de papel é importante, uma vez que a mulher está se tornando mãe de um RNPT e precisa assumir esse papel, assim como o *debriefing*, que permite o diálogo, a expressão de sentimentos e a construção de conhecimento. Destacamos então a comunicação como base da terapêutica de enfermagem. Outras ações relacionadas à terapêutica são: Facilitar o acesso da mulher ao RN; Estar presente e explicar a importância de cada etapa evolutiva do bebê; Permitir que a mulher desenvolva cuidados com o bebê e, assim, possibilitar o desenvolvimento da maternagem; Explicar a importância da ordenha mamária para a mãe e para o bebê não apenas como necessidade nutricional, mas como forma de maternar; Permitir que a mulher tenha a possibilidade de “amamentar” seu filho pela sonda, estimulando a sucção não nutritiva (SNN), gavar a dieta, olhar, tocar, cantar para o bebê, entre outras ações que caracterizem o desenvolvimento da maternagem; Desenvolver escuta ativa, pois é necessário saber o tempo de cada mulher para sair de uma transição e entrar em outra sem exigir que ela efetive cuidados com o bebê, pois a exigência, sem que a mulher esteja com vontade ou entenda a necessidade desses cuidados, pode prejudicar a transição e o desenvolvimento da maternagem suficientemente boa.

A avaliação da transição como saudável ou não é determinada pelos padrões de resposta: indicadores de processo e indicadores de resultados. Determinada a natureza, as condições das transições e a terapêutica de enfermagem, espera-se um padrão de resposta promissor da mulher. São indicadores do processo: o sentimento de conexão, no qual a mulher se sente conectada e valorizada pela equipe da saúde e instituição, o que também fortalece o vínculo com o bebê; a boa interação com a equipe de saúde; localizar-se e sentir-se situada, participando das rotinas da UTIN e desenvolvendo cuidados específicos com o bebê (maternagem); e desenvolver confiança e enfrentamento, podendo identificar que cada cuidado exercido por ela com o bebê é importante para a formação do vínculo e evolução do bebê. Os indicadores de resultado esperados e identificados são: a maestria ou domínio como habilidade na ordenha mamária, desenvolver os cuidados com o bebê com segurança e maternar durante a alimentação. E conseguir definir-se no papel de mãe de RNPT, e em tantos outros que a compõem como ser humano, é outro indicador de resultado esperado caracterizado como “identidades fluidas integrativas”. Caso os padrões de resposta não sejam o esperado, a enfermeira necessitará reavaliar a terapêutica de enfermagem adotada para facilitar a transição saudável da mulher.

Figura 6 – Esquema das transições segundo Meleis [adaptado] com as narrativas de vida de mulheres cujos filhos utilizaram/utilizam sonda gástrica no período neonatal (2017)



Fonte: MELEIS, 2010. [adaptado].

CAPÍTULO 7

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresentaremos uma síntese do estudo, suas principais contribuições e considerações.

O interesse em dar voz a essas mulheres veio através da lacuna percebida sobre estudos voltados à maternagem dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), relacionados à alimentação, pois a mulher que se torna lactente muitas vezes possui o desejo de amamentar através do seio, mas não pode fazê-lo, uma vez que o recém-nascido (RN) necessita ser alimentado por sonda gástrica. Para justificativa dessa lacuna, foram construídas duas revisões integrativas, uma sobre sondas gástricas e outra sobre maternagem dentro do contexto da UTIN. As revisões tiveram resultados importantes para a prática assistencial da enfermagem e conclusões relevantes, no entanto, nenhuma das duas apresentou estudos que relacionassem a alimentação através da sonda gástrica e o desenvolvimento da maternagem como tema de pesquisa.

Um destaque dos primórdios deste estudo foi o título provisório: “O alimentar quando não se amamenta: narrativas de vida de mães de recém-nascidos com sondas gástricas: contribuições da enfermagem”. Embora seja um título chamativo e cativante, as narrativas das mulheres que participaram do estudo acabaram contradizendo-o. O método de pesquisa adotado, as Narrativas de Vida, foi essencial para se entender o que havia de problemático nesse título. Através da análise das narrativas, foi destacada a ideia de amamentar através da sonda gástrica. Portanto, embora a mulher não amamente através do seio, ela tem a possibilidade de amamentar através da sonda. Percebe-se que, com o passar da construção textual desta dissertação, o termo amamentar necessitou do acompanhamento do objeto utilizado como o próprio seio materno ou a sonda gástrica.

O método Narrativas de Vida também propiciou a ampliação das participantes quanto às suas características, pois não importou o momento cronológico que a mulher vivenciou ou se estava vivenciando a experiência de ter um filho na UTIN sendo alimentado através da sonda gástrica, e quanto à técnica de captação das participantes, podendo incluir a bola de neve. Essa abrangência possibilitou comparações da experiência vivenciada pelas mulheres

em diferentes instituições, épocas, idades maternas e da criança, com grande variedade, o que pôde contribuir para uma discussão comparativa.

Com o iniciar da análise, a partir da coleta da primeira narrativa e de todas as outras subsequentes, foi possível identificar os teóricos que melhor conversariam com os dados. Donald Winnicott foi escolhido devido ao conceito de maternagem tão bem estruturado por ele. Foi primordial entender a maternagem para identificar como as mulheres conseguiam, ou não, desenvolver a maternagem dentro da UTIN. Apesar de o teórico abordar principalmente a maternagem a um bebê saudável, ou não pré-termo, é possível utilizar o entendimento de cuidado único e especial, ou seja, a maternagem desenvolvida pela mulher para se tornar uma mãe suficientemente boa. A relação mãe e bebê com a alimentação, que é intensamente discutida por Winnicott, também foi um ponto importante de análise, já que ele a considera como uma forma de comunicação entre os dois.

Já Afaf Meleis, com a Teoria das Transições de Enfermagem, possibilitou, além do entendimento sobre as diferentes transições que a mulher sofre durante o processo de alimentação do bebê na UTIN, a aplicação da estrutura completa com as possíveis terapêuticas de enfermagem baseadas nas narrativas das mulheres.

A categoria analítica provinda da análise temática das narrativas foi: Experiências vivenciadas pelas mães de bebês com sonda gástrica: o desenvolvimento da maternagem no processo de alimentar o bebê na UTIN. Por esse título, já se encontram diferenças de tratamento do início do trabalho. A mulher passou a ser chamada mais de mãe e os RN de bebês. Não foi uma alteração pensada, mas talvez uma impregnação provocada pelas narrativas das mulheres participantes deste estudo que se denominavam mãe e falavam sobre seus filhos, seu bebê, e não “recém-nascidos”.

Observou-se que o processo de alimentação do bebê começa antes mesmo de ele nascer. Desenvolve-se no pensamento das mulheres, que implica o desejo de maternar o bebê imaginário. Quando se deparam com a realidade diferente desse contexto desejado, as mulheres narram as dificuldades em aceitar essa nova condição. Nessa subcategoria, as primeiras impressões da realidade abrangem dois principais eventos críticos, um do próprio nascimento do bebê e outro da separação e internação do filho na UTIN.

Inicialmente, a preocupação em identificar as transições foi direcionada para as transições sofridas pelo RN. No entanto, apesar de o bebê também sofrer transições, o principal foco para entender como a maternagem poderia ser desenvolvida dentro da UTIN, relacionada à alimentação, precisou ser a identificação do que a mulher entende sobre o que ela passou ou passa nesse momento. Sendo assim, foram identificadas as transições do tipo

desenvolvimental e situacional, relacionadas aos eventos críticos citados. Algumas condições que podem interferir na transição mais saudável da mulher estavam relacionadas ao pessoal/individual como o desconhecimento sobre a prematuridade, separação do bebê e a culpa por não ter parido o bebê a termo, o que também os caracteriza como dificultadores para o desenvolvimento da maternagem.

A segunda subcategoria discorre sobre o processo de alimentar o bebê na UTIN. A mulher que passa a ser mãe precisa elaborar formas de satisfazer o desejo de alimentar seu filho, pois ela tem o seio lactante, mas o bebê está com a sonda. Essa distância entre seio e sonda e entre mãe e bebê precisa ser diminuída. O evento crítico destacado foi a entrada da mulher na UTIN, sofrendo as transições do tipo organizacional, desenvolvimental e saúde/doença.

O ambiente da UTIN e a prematuridade do bebê geraram nas mulheres o significado de sofrimento, de possibilidade alta de morte do bebê e limitações importantes que dificultaram a interação entre mãe e bebê. Vale destacar a rotina enrijecida de algumas UTIN, onde, mesmo em dias atuais, a mãe somente era requisitada no momento da dieta. Essa separação e limitação de cuidados foi muito presente nas falas das mães que vivenciaram essa experiência há mais de 20 anos, no entanto, infelizmente, a limitação de horário e a falta de atribuição de responsabilidade sobre alguns cuidados que poderiam ser realizados pela mãe na UTIN estão, embora em menor proporção hoje em dia, ainda presentes.

Preocupa a falta de entendimento das mulheres que estavam vivenciando a internação do filho sobre a participação delas nos cuidados e alimentação do bebê na UTIN. Duas participantes estavam com os filhos internados na mesma unidade. Observei que, durante a dieta, as mães ficavam apenas olhando o que a profissional de enfermagem fazia com o bebê. A profissional alimentava o filho delas através da sonda gástrica, elas não amamentavam os bebês e não faziam mais a ordenha mamária por diminuição na produção de leite. Analisando esse cenário, realmente fica difícil identificar a atuação da mulher na alimentação do bebê e, nesse sentido, as narrativas coletadas e a percepção da autora registrada em diário de campo tornaram-se valiosas para o entendimento da importância da alimentação, mesmo através da sonda gástrica, para a formação de vínculo através da maternagem, o que foi negado a essas mães pelo profissional de enfermagem.

Na iminência do risco de vida dos bebês, apesar do seio com leite, das dores e a vontade de amamentar, o que mais importava para as mães era o bebê sair do estado crítico, logo, a alimentação não foi uma preocupação inicial para algumas mulheres. Mas, de acordo com as narrativas, podemos concluir que, no caso dos bebês que foram extremamente graves

e hoje são crianças saudáveis, as mulheres evocam lembranças importantes sobre a alimentação e alimentar o bebê, seja através da Nutrição Parenteral Total (NPT), ou ordenhando o seio para oferecer o próprio leite ao bebê e até mesmo gavando a dieta, e cada cuidado foi lembrado com emoção e carinho, caracterizando o desenvolvimento da maternagem, mesmo quando elas não acreditavam que faziam muito pelo filho, somente o possível.

A terceira subcategoria trata da simbologia e ressignificação da sonda gástrica para as mulheres. Não se pode descartar o valor negativo atribuído à sonda gástrica. Algumas mulheres falaram sobre o bebê sentir dor, desconforto e da sonda provocar lesões. No entanto, elas entendem que é um dispositivo necessário para a sobrevivência do filho. As participantes surpreenderam ao relacionar a administração da dieta pela sonda como uma forma de amamentar. E, nesse sentido, voltamos à conclusão de que mesmo que não possa dar de mamar através do seio, a simbologia do alimentar o bebê pode ser entendida como amamentação, sendo assim, elas amamentam seus filhos pela sonda gástrica. As mulheres que narraram ter participado da alimentação de seus bebês dessa forma expressam alegria ao relembrar esse momento.

A participação da mulher na alimentação do RN foi considerada importante em todas as fases do processo de alimentação, mesmo que ela não a considere como uma participação efetiva. Na fase de transição do bebê da alimentação exclusiva por sonda gástrica para alimentação por via oral, essa relação fica ainda mais intensa, já que muitas vezes a sonda é o último dispositivo a ser retirado do bebê para a alta hospitalar, podendo criar a imagem do bebê ainda doente com a sonda que ficará saudável ao não precisar mais dela. O bebê utilizando apenas a sonda gástrica é outro evento crítico para as transições das mulheres, que são do tipo organizacional e saúde/doença.

Foi importante perceber que, apesar do desejo das mulheres em amamentar através do seio, qualquer forma de alimentação por via oral que fosse desenvolvida pelo bebê era motivo de felicidade e também um meio de materno o bebê. O bico artificial da mamadeira não foi impeditivo para as mulheres desenvolverem o cuidado especial relacionado à alimentação do bebê, pelo contrário, narraram que, mesmo não sendo pelo seio, o olhar e o amor trocados com o bebê existiram plenamente.

Cabe destacar que todas as mulheres vivenciaram a experiência de os bebês serem alimentados por via oral após não necessitarem da sonda, exceto a P5. Ela narra a tristeza de não conseguir transmitir o amor de mãe para o bebê, porque, depois da sonda oro/nasogástrica, seu filho precisou utilizar gastrostomia. Essa foi uma narrativa especial e

diferente que merece um olhar mais cuidadoso, inclusive como temática para próximas pesquisas. Através dessa única narrativa, foi possível perceber que a maternagem relacionada à alimentação é exercida de forma diferente quando o bebê apresenta algum tipo de malformação. No entanto, não compete a esse estudo generalizar o dado encontrado, mas sim chamar a atenção para a diferença.

Na quarta subcategoria, são apresentados os facilitadores e inibidores para uma transição saudável e para o desenvolvimento da maternagem na UTIN, relacionados ao processo de alimentação do bebê. Juntamente com alguns cuidados de enfermagem apontados nas outras subcategorias, nesta são destacados como cuidados facilitadores a comunicação e explicação sobre a ordenha mamária, a sonda gástrica e como o alimento é administrado; assim como facilitar o acesso da mulher ao RN quando a enfermeira retira o bebê da incubadora e o coloca no colo da mãe, ou na posição canguru. Essa ação fortalece o vínculo da mãe com o bebê, favorece a lactação da mãe, o estímulo para o bebê e também gera uma boa interação entre a mulher e a enfermeira.

Voltando à história de vida da pesquisadora, não foram encontradas narrativas que abordassem o sentimento de pena da mãe pelo bebê não sentir o gosto do leite quando é administrado por sonda gástrica. Esse, pelo visto, foi um cuidado único e especial desenvolvido pela minha mãe. Mas a alimentação do bebê é de extrema relevância para as mulheres durante todo o processo de internação e a enfermagem está diretamente relacionada a esse procedimento. Quando a enfermeira possibilita que a mãe exerça os cuidados com o bebê, relacionados à alimentação, favorece o desenvolvimento da maternagem e facilita o processo de transição. A amamentação através da sonda gástrica deve ser permitida e incentivada não pensando apenas em como segurar a seringa para o leite descer na sonda, mas sim como um ato de alimentar, prover o alimento para o bebê, e nesse momento poder cantar, acariciar, oferecer sucção não nutritiva, conversar, olhar, transmitir o cheiro para o bebê, o cuidado único e especial, o amor de mãe.

Pode-se considerar o objetivo deste estudo alcançado, pois, através das narrativas das mulheres, compreendeu-se que a alimentação através da sonda gástrica pode ser um meio de materno, basta que a mãe queira e a enfermagem permita. Aos conhecimentos e cuidados de enfermagem, adiciona-se a importância simbólica da sonda gástrica que não deve ser ignorada, pois, afinal, segundo as mulheres do estudo, a enfermagem também amamenta seus filhos pela sonda. Fica a ideia da sonda gástrica não apenas como mais um dispositivo, mas um meio de permitir a interação entre mãe e bebê, facilitando as transições que as mulheres e seus bebês sofrem nesse período.

Aplicar a teoria das transições de Meleis contribuiu para enxergar como a enfermagem pode atuar efetivamente em cada transição sofrida por essas mulheres. O esquema montado e discutido pode ser utilizado como base para o planejamento de cuidados de enfermagem a essa clientela, o que beneficia também os seus bebês, contribuindo com um conceito novo e uma visão ampliada sobre a alimentação do RN na UTIN.

Para um padrão de resposta ideal da mulher que está passando pelas transições destacadas, foram atribuídos alguns tópicos da terapêutica de enfermagem, no entanto, esse esquema não é rígido e imutável, mas sim um modelo construído através das narrativas e discussões dos resultados. A comunicação é a base das ações de enfermagem para facilitar as transições, e nelas a enfermeira deve facilitar o acesso da mulher ao RN, estar presente e explicar a importância de cada etapa evolutiva do bebê, permitir que a mulher desenvolva cuidados com o bebê, desenvolver escuta ativa atentando-se ao esclarecimento de dúvidas, explicar a importância da ordenha mamária para mãe e bebê e permitir que a mulher amamente o filho pela sonda exercendo a maternagem atribuída a esse cuidado.

A enfermeira e a equipe de enfermagem devem estar cientes de que a sonda gástrica é mais do que apenas um dispositivo para alimentação e devem retomar a responsabilidade e o conhecimento científico sobre esses cuidados, impedindo que narrativas de mulheres apontem o despreparo desses profissionais nos cuidados gerais com a alimentação e, principalmente, na transição do uso da sonda para via oral.

Por se tratar de narrativas de vida, as mulheres não necessariamente narram a realidade que viveram, mas sim como entenderam essa realidade, o que é pertinente neste estudo e, apesar da amplificação das características das participantes, ainda não foi possível inferir generalizações nem diagnósticos específicos de problemas relacionados ao cuidado de enfermagem de alguma instituição, o que gera uma limitação. A quantidade de participantes também é um limite, pois uma amostra maior e a triangulação da mesma, incluindo profissionais atuantes na neonatologia e até os pais desses RN, não apenas as mães, possibilitaria maior chance de generalização dos resultados. E por se tratar de experiências das mulheres que vivenciaram a internação de seus RN, entendemos que a análise interpreta narrativas como a realidade de quem as vivenciou e não necessariamente o que seria observado durante os procedimentos. Porém, este estudo contribui com a prática de enfermagem principalmente nas UTIN, para o entendimento da importância de facilitar a maternagem através da sonda gástrica para mãe e bebê e dos benefícios a que levam essa boa interação entre mãe-bebê e equipe de enfermagem no momento na internação, no pós-alta e na construção de um ser social saudável.

Finalmente, reiteiramos a importância dos cuidados especiais desenvolvidos pelas mulheres, que podem dar de mamar através dos seios, mas seus filhos não podem sugar e se alimentam por sonda gástrica, para a construção do vínculo entre mãe e bebê. Afirmamos também que, para essa maternagem saudável ser bem desenvolvida, depende dos cuidados e terapêuticas de enfermagem que facilitem um padrão de respostas às transições de forma positiva.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63**. Regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral. 2000.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html>. Acesso em: 6 ago. 2016.

BAUM, N. et al. No longer pregnant, not yet a mother. **Qualitative Health Research**, [s. l.], 2012. Disponível em:

<<http://journals.sagepub.com.ez39.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1177/1049732311422899>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BAYLIS, R. et al. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 103, n. 10, p. 1045–1052, 2014.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida**: a pesquisa e seus métodos. Natal: EDUFRN, 2010.

BINGHAM, P. M.; ASHIKAGA, T.; ABBASI, S. Relationship of neonatal oral motor assessment scale to feeding performance of premature infants. **J. Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 30–36, 2012.

BRACHT, M. R. N. et al. Implementing family-integrated care in the NICU: a parent education and support program. **Advances in Neonatal Care**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 115–126, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2000. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco_mauual_tecnico_4ed.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153**, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília, 2011. 204 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BROOKS, C.; VICKERS, A. M.; ARYAL, S. Comparison of lipid and calorie loss from donor human milk among 3 methods of simulated gavage feeding: one-hour, 2-hour, and intermittent gravity feedings. **Advances in Neonatal Care**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 131–138, 2013.

BUSSE, M. et al. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. **Critical Care Nurse**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 52–59, 2013.

CAMBRIDGE DICTIONARY. [Online]. 2016. Disponível em: <<http://dictionary.cambridge.org/pt/>>. Acesso em: 15 maio 2016.

CANO GIMÉNEZ, E.; SÁNCHEZ-LUNA, M. Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. **Acta Paediatrica**, Oslo, [s. l.], v. 104, n. 11, p.476–476, 2015.

CARMO, C. M. A. et al. **Procedimentos de enfermagem em neonatologia**: rotinas do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

CARUSO, L.; SOUSA, A. B. **Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP**. São Carlos: Cubo, 2014. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/46775>>. Acesso em: 4 set. 2017.

CHEN, S. et al. Effects of prone and supine positioning on gastric residuals in preterm infants: a time series with cross-over study. **Int. J. of Nursing Studies**, [s. l.], v. 50, n. 11, p. 1459–1467, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0453**. Norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. 2014. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04532014_23430.html>. Acesso em: 6 ago. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

CORMACK, B. et al. Australasian neonatal intensive care enteral nutrition survey: Implications for practice. **J. Paediatrics and Child Health**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 340–347, 2013.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Rev. Enferm. UERJ**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 231–235, 2011.

DAVANZO, R. et al. From tube to breast: the bridging role of semi-demand breastfeeding. **J. Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 405–409, 2014.

DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS. São Paulo: CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/P/decs2016p.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

DELLENMARK-BLOM, M.; WIGERT, H. Parents & apos: experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. **J. Advanced Nursing**, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 575–586, 2013.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388–394, 2011.

FRIEDMAN, S. H. et al. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 102, n. 9, p. 392–397, 2013.

FROH, E. B. et al. Making meaning of pumping for mothers of infants with congenital diaphragmatic hernia. **J. Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 439–449, 2014.

GALVÃO, C. M. Evidence hierarchies. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 5–5, 2006.

GIANNÌ, M. L. et al. Intervention for promoting breast milk use in neonatal intensive care unit: a pilot study. **J. Matern Fetal Neonatal Med**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 475–478, 2014.

GIRGIN, B. A.; CIMETE, G. Validity and reliability of the Neonatal Discharge Assessment Tool. **J. for Specialists in Pediatric Nursing**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 74–83, 2016.

HANSON, C. et al. Implementation, process, and outcomes of nutrition best practices for infants <1500 g. **Nutrition in Clinical Practice**, [s. l.], v. 26, n. 5, p. 614–624, 2011.

JADCHERLA, S. R. et al. Impact of personalized feeding program in 100 NICU infants: pathophysiology-based approach for better outcomes. **J. of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 62–70, 2012.

KAMHAWY, H. et al. Non-nutritive sucking for preterm infants in Egypt. **J. of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 330–340, 2014.

LANTZ, B.; OTTOSSON, C. Parental interaction with infants treated with medical technology. **Scandinavian J. Of Caring Sciences**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 597–607, 2013.

LAU, C. Is there an advantage for preterm infants to feed orally in an upright or sidelying position? **J. of Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 28–32, 2013.

MACDONALD, M. G.; MULLETT, M. D.; SESHIA, M. M. K. A. **Neonatology: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MCGUINNESS, D. A shortened experience of motherhood...first of two parts. **World of Irish Nursing & Midwifery**, [s. l.], v. 23, n. 9, p. 63–65, 2015.

MEDEIROS, A. M. C. et al. Characterization of the transition technique from enteral tube feeding to breastfeeding in preterm newborns. **Jornal da Soc. Bras. de Fonoaudiologia**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 57–65, 2011.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development e progress**. 5th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

_____. **Transitions theory** : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer, 2010.

MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a Guide to best practice. 3rd. ed. Philadelphia: LWW, 2014.

MELO, C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. The voice of the woman-mother of a premature baby in the neonatal unit: a phenomenological approach. **Online Braz. J. Nurs., Niterói**, v. 13, n. 2, p. 194–202, 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MICHAELIS DICTIONARY. [Online]. 2016. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, M. E.; BRAGA, N.; MORSCH, D. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORGAN, J.; BOMBELL, S.; MCGUIRE, W. Early trophic feeding versus enteral fasting for very preterm or very low birth weight infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 3, p. CD000504, 2013.

NEIVA, C. A. C. et al. Opinion of mothers of hospitalized babies about nursing interventions: a descriptive study. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 12, n. 4, p. 844–853, 2013.

NELSON, A. M.; BEDFORD, P. J. Mothering a preterm infant receiving NIDCAP care in a level III newborn intensive care unit. **J. of Pediatric Nursing**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 271–282, 2016.

NIERI, L. Intervención paliativa desde la psicología perinatal. **Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda**, Buenos Aires, v. 31, n. 1, p. 18–21, 2012.

PLACENCIA, F. X.; MCCULLOUGH, L. B. Biopsychosocial risks of parental care for high-risk neonates: implications for evidence-based parental counseling. **J. Of Perinatology**, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 381–386, 2012.

POEHLMANN, J. et al. Preterm infants who are prone to distress: differential effects of parenting on 36-month behavioral and cognitive outcomes. **J. of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, [s. l.], v. 53, n. 10, p. 1018–1025, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUIGLEY, M.; MCGUIRE, W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2014.

ROLIM, K. M. C. et al. Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 42–46, 2016.

ROQUE, A. T. F.; CARRARO, T. E. Narratives on the experience of being a high-risk puerperal woman. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 272–278, 2015.

SALAS, A. A. et al. A randomised trial of re-feeding gastric residuals in preterm infants. **Arch. of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, [s. l.], v. 100, n. 3, p. 224–228, 2015.

SANTOS, I. M.; SILVA, L. R. O corpo do pós- parto: cuidados com a mulher no puerpério. In: **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

SANTOS, I. M. M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo**: bases para assistência de enfermagem neonatal. 2009. 244 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/734340.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

SOMMER, C. M.; COOK, C. M. Disrupted bonds: parental perceptions of regionalised transfer of very preterm infants: a small-scale study. **Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession**, [s. l.], v. 50, n. 2-3, p. 256–266, 2015.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

_____. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro**: UTI neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TURNER, M.; CHUR-HANSEN, A.; WINEFIELD, H. Mothers' experiences of the NICU and a NICU support group programme. **J. of Reproductive & Infant Psychology**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 165–179, 2015.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124–131, 2006.

VAN MANEN, M. Technics of touch in the neonatal intensive care. **Medical Humanities**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 91–96, 2012.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, [s. l.], v. 0, n. 44, 2016. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>. Acesso em: 6 ago. 2017.

WAKELY, L.; RAE, K.; KEATINGE, D. Fragile forgotten families: parenting a premature infant in a rural area, where is the evidence? **Research Gate** (Online), 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287224011_Fragile_forgotten_families_Parenting_a_premature_infant_in_a_rural_area_where_is_the_evidence>. Acesso em: 20 jun. 2017.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2018.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

WINTER, T. R. Maternagem: conceituação específica. In: DUVIDOVICH, E.; WINTER, T. R. (org.). **Maternagem**: uma intervenção preventiva em saúde: abordagem psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 35–41.

WONG, D. L.; HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

YILDIZ, A. et al. The effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in preterm infants. **J. of Nursing Scholarship**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 265–273, 2011.

ZANI, A. V.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Maternal representations about the provision of care to newborns at risk: a collective discourse. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 13, n. 3, p. 321–331, 2014.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO - PPGENF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: O ALIMENTAR QUANDO NÃO SE AMAMENTA; NARRATIVA DE VIDA DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar a maternagem de mulheres que podem amamentar, mas seus filhos recém-nascidos se alimentam através da sonda gástrica.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para entender a experiência de mulheres que podem amamentar, mas seu filho(a) não pode mamar pois estavam internados na UTI Neonatal sendo alimentados através de sonda gástrica. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir nos seus cuidados e assistência de saúde recebidos nesse Hospital nem nos do(a) seu (sua) filho(a). Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento para participar.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você aceitar participar, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

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

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

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a na assistência de enfermagem para os cuidados prestados às mães e aos bebês que terão que ficar internados na UTI Neonatal e que terão que ser alimentados por sonda, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

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

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, sendo a aluna **Juliana Nascimento** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dra. **Inês Maria Meneses dos Santos**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora principal no telefone (21) 981799208, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (021) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Data: _____ Assinatura: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

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

Assinatura(Pesquisador): _____

Nome: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22290-240.
Telefone: 21 2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE B – Termo de Assentimento

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-UNIRIO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO - PPGENF

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 (PARA MENORES 18 ANOS - Resolução 466/12)**

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: “O ALIMENTAR QUANDO NÃO SE AMAMENTA; NARRATIVA DE VIDA DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM”. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Juliana Nascimento, Telefone: (21) 98179-9208, E-mail: jnasc01@gmail.com e está sob a orientação de: Inês Maria Meneses dos Santos, Telefone: (21) 984740384, E-mail: inesmeneses@gmail.com.

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa objetiva analisar a maternagem de mulheres que podem amamentar, mas seus filhos recém-nascidos se alimentam através da sonda gástrica.
- Sua participação na pesquisa acontecerá em único momento, através de um formulário para traçar o seu perfil socioeconômico e uma entrevista.
- RISCOS a pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Contudo, a pesquisa está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma situação que pode ser incômoda.
- BENEFÍCIOS a participação na pesquisa é voluntária, permitindo a sua desistência a qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo ou penalidade. A entrevista ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem as mulheres que tiverem os filhos internados em UTI Neonatal e que serão alimentados através sonda gástrica, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância para própria instituição em questão.

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

Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

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

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo “O ALIMENTAR QUANDO NÃO SE AMAMENTA; NARRATIVA DE VIDA DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM”. Como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local: _____

Data: ____/____/____.

Assinatura da menor



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

Nome	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240. Telefones: 21- 25427796
E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis de menores de 18 anos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO - PPGENF

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA RESPONSÁVEIS DOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 ANOS)**

ESCLARECIMENTOS: O objetivo deste é solicitar o consentimento do pai, mãe ou responsável para autorizar a participação de sua filha (ou do menor sob sua guarda), como voluntária na presente pesquisa intitulada: **“o alimentar quando não se amamenta; narrativa de vida de mães de recém-nascidos com sondas gástricas: contribuições da enfermagem”**. Ressalta-se que a participação da menor tem como finalidade a coleta de informações para entender a experiência de mulheres que podem amamentar, mas seu filho(a) não pode mamar pois estavam internados na UTI Neonatal sendo alimentados através de sonda gástrica oferecendo subsídios para contribuir com a assistência de enfermagem que atendam às necessidades dessas mulheres e de seus recém-nascidos.

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar a maternagem de mulheres que podem amamentar, mas seus filhos recém-nascidos se alimentam através da sonda gástrica.

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

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: A menor participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. O áudio será ouvido por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação. Seu nome, o nome da menor e do recém-nascido não serão utilizados. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. O áudio será utilizado somente para coleta de dados. Se você não quiser que a entrevista seja gravada em áudio, a menor não poderá participar deste estudo.

RISCOS: A pesquisa está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma situação que pode ser incômoda. A menor pode achar que determinadas perguntas a incomodam, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim a menor pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: A entrevista ajudará a na assistência de enfermagem para os cuidados prestados às mães e aos bebês que terão que ficar internados na UTI Neonatal e que terão que ser alimentados por sonda, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo e anonimato. O nome da menor não aparecerá nas gravações de áudio, bem como

em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, sendo a aluna **Juliana Nascimento** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dra. **Inês Maria Meneses dos Santos**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora principal no telefone (21) 98179-9208, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (021) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E DO RESPONSÁVEL:

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

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

Assinatura do responsável: _____

Local/Data: _____



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

Assinatura (Pesquisador): _____

Local e data _____

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados: entrevista**Entrevista aberta - Método Narrativas de Vida**

Fale como foi para você desenvolver o cuidado com seu bebê com relação à alimentação do mesmo dentro da UTI Neonatal desde que ele(a) nasceu.

APÊNDICE E – Instrumento de coleta de dados: formulário

**O ALIMENTAR QUANDO NÃO SE AMAMENTA; NARRATIVA DE VIDA DE MÃES
DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS: CONTRIBUIÇÕES DA
ENFERMAGEM**

Características do perfil dos Participantes

1-Código do participante: _____ 2-Data da entrevista: _____

Dados Socioeconômicos

3-Idade: _____ 4-Situação conjugal: _____

5-Escolaridade: _____ 6-Profissão: _____

7-Renda familiar: _____ 8-Bairro: _____

9-Nº de pessoas que moram na casa: _____ 10-Nº de filhos vivos: _____

11-Nº de cômodos: _____

Dados Obstétricos

12-Número de consultas de pré-natal: _____ 13- História Obstétrica: G _____ P _____ A _____

14-Gestação planejada: () sim () não 15-Gestação desejada: () sim () não

16-Intercorrências obstétricas: _____

17-Tipo de parto: () cesárea () vaginal

18-Intercorrências no parto: _____

Dados do Recém-Nascido

19-Diagnóstico do RN: _____

20-Idade gestacional: _____ 20-Peso do bebê ao nascer: _____

21-Data de Nascimento: ____/____/____ 22-APGAR: _____

23-Tempo de hospitalização na UTI neonatal: _____

24- Utilizou auxílio de ventilação artificial: () sim () não

Qual: _____

25-Tempo de uso da sonda gástrica: _____

26- Durante a internação na UTIN recebeu:

leite materno ordenhado: () sim () não leite materno pasteurizado: () sim () não

leite de formula infantil: () sim () não

27-Como é a alimentação da criança hoje:

28- Idade do RN no dia da entrevista: _____ 29-Peso atual: _____ 30- IG corrigida: _____

Histórico da criança na UTIN:

APÊNDICE F – Quadro 2 – Recorrência de eventos novos por entrevista

Código da UT*	código da participante														Total
	P1**	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	
1	X		x						x		x				4
5	X					x	x			x	x		x	x	7
8	X	x	x			x									4
11	X								x			x			3
15	X	x	x		x							x			5
18	X						x					x	x	x	5
19	X	x		x	x		x			x	x		x		8
27	X			x			x		x	x	x		x	x	8
30	X							x	x				x		4
32	X			x					x	x	x		x	x	7
33	X									x				x	3
38	X											x			2
39	X			x				x							3
72	X	x						x	x				x		5
82	X								x		x	x	x		5
2		x		x			x				x		x	x	6
35		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	12
44		x						x				x			3
47		x													1
48		x		x		x		x							4
55		x													1
57		x	x	x				x							4

60	x					1						2
61	x					x			x		x	4
73	x				x		x		x		x	5
75	x	x			x	x			x	x	x	8
78	x							x			x	3
80	x											1
82	x				x							2
87	x				x			x			x	4
12		x								x	x	3
45		x			x							2
54		x			x	x		x				4
74		x	x			x						3
7			x						x		x	4
9			x	x				x			x	4
20			x							x		3
29			x					x		x		3
34			x			x				x		4
53			x					x				2
65			x									1
67			x				x					2
81			x				x	x		x		5
21			x						x		x	4
16				x								1
17				x								1
58				x					x			2
59				x								1
2					x			x			x	3
3					x	x			x	x	x	6

4	X	X		X			X		X	5
42	X	X								2
46	X			X		X				3
50	X		X							2
70	X	X								2
71	X		X							2
86	X	X		X		X		X		5
51		X			X					2
64		X		X						2
66		X		X			X			3
43			X				X			2
49			X							1
83			X	X		X			X	4
23				X			X			2
24				X			X			2
25				X				X		2
28				X			X	X		3
41				X	X	X	X			4
56				X			X			2
77				X						1
84				X						1
88				X						1
6					X		X	X		3
36					X					1
63					X					1
68					X					1
40							X			1
52							X			1

APÊNDICE G – Unidades temáticas

Código	Unidades Temáticas (UT)
1	Ordenha mamária como ação difícil e barreira de interação com o bebê
2	Está com sonda por isso precisa ordenhar
3	Ordenha mamária como facilitadora para interação com o bebê
4	Técnica da ordenha
5	Pode dar de mamar, mas o filho não pode sugar
6	Dieta do RN pós-alta
7	Amamentar dentro da UTI
8	Baixa produção de leite por falta de estímulo
9	Vontade de amamentar
10	Baixa produção de leite por nervosismo
11	Dores nos seios por não poder dar de mamar
12	Desejo de amamentar na UTIN
13	Desejo de amamentar fora da UTIN
14	Sentimento de tristeza por não poder amamentar
15	Comparação do RN com bebês saudáveis
16	Comparação com mães de outros bebês
17	Comparação com outros bebês com as mesmas dificuldades
18	Toque como contato mãe-bebê
19	Separação física entre mãe e bebê na UTIN dificultador para interação mãe-bebê
20	Primeira vez do bebê no colo da mãe
21	Primeira vez da mãe vendo o bebê
22	Sentimento negativo com relação à UTIN
23	Posição canguru
24	Medo da morte relacionado à prematuridade
25	Não sei se era mãe na UTIN
26	Presença da mãe incomodando
27	Sentimento negativo com relação à separação mãe-bebê
28	Estado psicológico da mãe
29	O berço vazio sem o bebê
30	Rotina da UTI como dificultador da formação de vínculo com a família
31	História de amamentação na família
32	Família/amigos como suporte para vínculo com bebê
33	Família/amigos como dificultadores para formação do vínculo com o bebê
34	Rotina de alimentação na UTIN
35	RN prematuro e suas diferenças
36	Preocupação maior com a respiração e não com a alimentação
37	Prematuro e sequelas
38	Prematuro diferente do bebê imaginado

- 39 Rotina da UTIN como dificultadora da interação mãe-bebê durante a alimentação
- 40 Rotina da UTIN facilitando o contato mãe-bebe
- 41 Ganhar e perder peso do RN
- 42 Enfermagem amamenta o filho dela por SOG
- 43 SOG complementar a amamentação
- 44 SOG como substituto da amamentação
- 45 Mamar pela sonda não é a mesma coisa
- 46 Mãe alimentando pela SOG
- 47 SOG como empecilho para amamentação
- 48 Sentimento negativo com relação à SOG
- 49 Lesões provocadas pela SOG
- 50 Sentimento ruim ao ver passar a sonda
- 51 Da sonda para o peito
- 52 Da sonda para o copinho
- 53 Da sonda para a mamadeira
- 54 SOG necessária para sobrevivência
- 55 SOG empecilho para alta hospitalar
- 56 SOG último “aparelho” a sair
- 57 SOG algo desconhecido
- 58 SOG como algo comum
- 59 Amamentação é amor, a SOG não
- 60 Mamadeira também é amor
- 61 Importância do Leite Materno para a saúde do RN
- 62 Trabalhar na área da saúde dificulta
- 63 Trabalhar na área facilita
- 64 Assistência de Enfermagem facilitando o vínculo mãe e bebê durante a alimentação com a sonda
- 65 Assistência de Enfermagem dificultando o vínculo mãe e bebê durante a alimentação com a sonda
- 66 Assistência de enfermagem para o contato mãe e bebê
- 67 Assistência de enfermagem dificultando a amamentação
- 68 Assistência de enfermagem facilitando a amamentação
- 69 Enfermagem e a alimentação do bebê
- 70 Enfermagem passando a sonda
- 71 RN arranca a sonda
- 72 Desejo de realizar os cuidados com o RN dentro da UTIN
- 73 Cuidados da mãe com o RN na UTI
- 74 Assistência da Fonoaudiologia facilitando a transição da sonda para alimentação oral
- 75 Assistência médica
- 76 Assistência do psicólogo
- 77 Assistência da musicoterapia
- 78 Sentimento de culpa pelo estado de saúde do RN

- 79 Insegurança no pós-alta
- 80 Projeção de cuidados para próxima gravidez
- 81 Percepção sobre a equipe de saúde
- 82 Surpresa por não ser o bebê imaginado
- 83 Tipo de leite administrado pela sonda
- 84 NPT como primeiro alimento
- 85 Mudança após ser mãe
- 86 Agradecimento a Deus
- 87 Recado para outras mães
- 88 Criança entendendo o que passou na UTI

APÊNDICE H – Quadro 6 – Historiograma e Diário de Campo de cada entrevista

Historiograma e Diário de Campo das Entrevistas
P1
<p>Historiograma: Mulher, 20 anos, mãe de 3 filhas (4anos, 1 ano e de 7 dias). O pai da RN é presidiário, foi preso durante a gestação. Ela relata que não planejou a gravidez e que não desejava, tanto que se preocupava muito com a situação do marido e não fazia pré-natal, fez uma consulta apenas. Na maioria das vezes apresenta-se séria, sorrindo em poucos momentos quando conversei com ela. Demonstra-se preocupada com a RN e com as outras filhas. Ainda em processo de aceitação da prematuridade da filha.</p>
<p>Diário de Campo: A primeira abordagem sobre a possível entrevista, foi por telefone, avisando que teria uma enfermeira que gostaria de conversar com ela sobre a história de vida dela. Quando a abordei na UTIN, ela me pareceu séria, estava sentada em uma poltrona, tocava a RN através da incubadora, olhava fixamente para a bebê. Falei com ela, elogiei a RN e me apresentei. Falei sobre a pesquisa e perguntei se ela gostaria de conceder a entrevista. Ela aceitou prontamente, mas afirmou que não teria muito o que falar sobre a alimentação da bebê. A entrevista foi realizada na sala do enfermeiro. A maior impressão sobre a entrevista foi a comparação que ela faz entre as filhas que não nasceram prematuras com a que nasceu. E que considera difícil a situação da ter uma filha prematura por nunca ter passado pela mesma situação antes. Percebo ainda um processo de elaboração do luto pelo bebê saudável que nasceu prematuro. O sentimento negativo por não poder carregar a RN e de não amamentar estão presentes, principalmente quando ela fala que queria poder transmitir o amor de mãe para a RN. O volume de leite que a RN recebe ainda é baixo e ela não estimula tanto a produção de leite pela ordenha mamária. Não percebi sentimento de prazer em ordenhar o leite para a filha, nem como uma forma de contribuição à saúde da filha.</p>
P2
<p>Historiograma: mulher, 26 anos, casada, mora com o marido que provem a renda familiar. Foi sua primeira gestação. Planejou e desejou a gravidez. Possui histórico familiar de hipertensão arterial. Desenvolveu pré-eclampsia com 29sem IG, sendo necessária cesárea. Passou duas semanas internada devido à hipertensão. RN foi transferido de unidade hospitalar que nasceu após 24h de vida permanecendo no local onde foi concebida a entrevista. A mãe não amamentou, relata ter mamilos planos.</p>
<p>Diário de Campo: Impressões da entrevistadora: A entrevistada se culpa por ter apresentado pré-eclampsia na gravidez, mesmo considerando que seguiu as orientações do pré-natal. Não teve contato considerável e não cuidou do RN durante a internação na UTIN, não ajudou com a administração da dieta, não amamentou e não foi estimulada à ordenha das mamas. Emocionou-se ao falar sobre a distância que teve que manter do RN após o parto e por não poder exercer os cuidados com ele. A alimentação está sendo o principal empecilho para a alta do RN, que no momento da entrevista estava de sonda, apesar da dieta ser oferecida na mamadeira e a mãe considera frustrante quando o filho não consegue se alimentar por via oral.</p>
P3
<p>Historiograma: Mulher, 21 anos, solteira, relata ajuda do companheiro, mas eles não moram juntos. Possui E.M completo, trabalha como auxiliar administrativa. Primeiro e único filho. Não planejou a gravidez, mas desejou. Apresentou coriomnionite com 6 meses de gestação desencadeando trabalho de parto prematuro. Estava acompanhado do pai e da mãe na UTIN durante abordagem para a entrevista. Observei o momento da dieta e a técnica de enfermagem administrava o leite por gavagem enquanto os pais olhavam.</p>

Diário de Campo: Utiliza sonda gástrica desde o nascimento, não teve acesso a data de início da dieta, no entanto, no entanto há relatos em prontuário que a dieta foi oferecida por gastrólise até 74 dias de vida variando a velocidade em BIC entre 30min, 1h e 1:30h. Ainda não sugou em seio materno, atualmente a dieta é oferecida de 3/3h por gavagem em SOG. Pesa 2.570g, 39s e 2d de IG corrigida. A abordagem foi realizada na UTIN. Assim que falei sobre a pesquisa, a entrevistada disse que não teria muito o que dizer sobre a alimentação do bebê, pois a dieta era administrada por sonda. Ela relatou ter dúvidas sobre como a sonda “funcionava” e porque o bebê não tinha que ser posicionado para “arrotar” após a dieta. Relatou não ter muito leite e não estimular a produção de leite por ordenha inclusive que não retirava leite durante o tempo junto ao RN, pois a equipe não solicitava. Alegou que tem vontade de amamentar, mas que entende que o bebê ainda não pode, pois precisa de oxigênio. Percebi que ela teve pouca orientação sobre o estímulo da produção de leite materno. Após a entrevista orientei sobre a importância da ordenha como estímulo já que ela desejava amamentar. Falei também que ela poderia perguntar para a equipe de enfermagem se poderia ordenhar o seio antes do horário da dieta para poder oferecer um pouco do seu leite. Falei que ele deglute menos ar quando é alimentado por sonda e que o posicionamento do bebê após a dieta evita o risco do engasgo com leite.

P4

Historiograma: Mulher com 22 anos, em união estável, possui E.S incompleto, trabalha como auxiliar em creche. Tem 01 filha. Relata anemia profunda durante a gestação e desenvolveu Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) com 33 sem de IG sendo indicado cesárea. Ficou 01 dia monitorizada no CTI adulto após o parto. O primeiro contato visual com a filha foi no segundo dia, contato tátil no terceiro e pegou no colo no quarto dia iniciando o estímulo à amamentação em seio materno. RN: A alimentação trófica foi iniciada no segundo dia de vida, no entanto, não aceitou regurgitando a dieta. A dieta por gavagem foi reiniciada no dia seguinte, o estímulo à sucção em seio materno foi no terceiro dia e atingiu alimentação oral plena por sucção no 6º dia de vida. A RN utilizou a sonda apenas durante os 3 primeiros dias de vida, a mãe não interagiu com a bebê com a sonda.

Diário de Campo: A entrevistada aparentou-se calma e satisfeita com o serviço prestado pelo hospital. A entrevista foi concedida durante a espera da consulta à pediatra. A criança e o marido estavam presentes. Durante a entrevista, o marido cuidou da criança. Minha decepção com a entrevista foi a falta da compreensão dos cuidados de enfermagem pela mãe, assim como a minha percepção como falha na assistência de enfermagem aos cuidados na alimentação do RN, ordenha mamária e estímulo à amamentação. Relatou que ela e a bebê foram muito bem tratadas no hospital e destaca as fonoaudiólogas que a ajudaram na ordenha das mamas, na amamentação e nas conversas para entender o porquê da bebê ter que continuar internada permanecendo por 18 dias. Percebi a fala sobre a sonda gástrica como algo que provocava regurgitação, mas que ela vivenciou pouco com a filha, pois a RN passou apenas de 3 a 4 dias com a sonda, tempo este que a mãe ainda não acompanhava a bebê devido a recuperação pós cesárea.

P5

Historiograma: Mulher de 22 anos, vive em região rural, trabalha na lavoura. Em união estável com o pai da criança. Tem dois filhos vivos, um filho de 2 anos que nasceu a termo e é saudável e outro de 6 meses que nasceu prematuro, neuropata, ficou na UTIN por 5 meses e hoje utiliza gastrostomia para alimentação. Ela relata que ordenhava as mamas no período da UTIN, mas o leite secou não oferecendo mais através da gastrostomia. Possui histórico familiar de distúrbios neurológicos por parte do marido. Ele sofre convulsões pelo menos 2 vezes por semana e o sobrinho também sobre convulsões além de não andar, não falar e se alimentar por gastrostomia. O bebê de 6 meses estava em consulta na neurologia e necessitou de avaliação da pediatria por apresentar lesão periestomal e vazamento de conteúdo gástrico.

Diário de Campo: Antes da entrevista a equipe de enfermagem estava tentando puncionar um acesso venoso periférico no bebê e a mãe estava olhando de longe. Falei com a enfermeira e ela me autorizou a conversar com a mãe. Ela aceitou a entrevista e eu a levei para a sala dos

enfermeiros. Durante toda a entrevista, ela me pareceu entristecida, com o tom de voz choroso. Ela demonstrou amor pelo filho e sofrimento pelo quadro da criança. Após a entrevista, conversei mais com ela, ofereci água, ela foi ao banheiro e se acalmou mais. Enfatizei que o amor dela é sentido pelo bebê por mais que fosse tudo muito difícil e mesmo sem amamentar. Perguntei se ela já havia falado sobre esse assunto antes com alguém, ela disse que não. Perguntei como ela se sentia falando sobre isso, ela disse que foi bom falar, mas que preferia não falar com outra pessoa. Quando voltamos para a enfermaria, seu bebê ainda estava sendo puncionado.

P6

Historiograma: Mulher 34 anos, solteira, com Ensino Médio Incompleto, profissão servente. Gestação não planejada, filho anterior tem 15 anos. Teve Descolamento Prematuro de Placenta e após o parto, teve que ser submetida a curetagem. Parto vaginal. RN nasceu com 30s e 4 d de IG, pesando 1.605g. Ficou 1 mês internado na UTIN. Utilizou a sonda gástrica por 20 dias. Recebeu LMO e formula infantil (pré-Nan). Hoje, criança mama no SM e “come de tudo”. Está com 1 ano e 3 meses de idade pesando 9.910g. Mãe relata que começou a amamentar mais ou menos 1 semana antes da alta hospitalar.

Diário de Campo: Entrevistada demonstrou amor pelo bebê. Quando a abordei na sala de espera do ambulatório de pediatria, ele estava dando de mamar ao filho e disse que já não queria mais dar. Não possuía muitas informações sobre a internação do RN. Demonstrava-se feliz pelo filho ter crescido. Não soube dizer se o RN fez uso de antibióticos, mas utilizou ventilação mecânica. Acompanhou o RN durante toda a internação dele ficando no hospital. Ordenhava leite materno durante o dia.

P7

Historiograma: Mulher, 31 anos, mora com parceiro, com escolaridade de 2º grau completo, profissão do lar. Moradora do bairro Vila Lage Neves em São Gonçalo. Possui 03 filhos. GIII, PII, A0. Gestação não foi planejada, mas foi desejada. Apresentou hipertensão arterial durante a gravidez e infecção urinária. Parto vaginal. Desenvolveu pré-eclâmpsia e Trabalho de parto prematuro. RN do sexo M, nasceu com 35 sem de IG, com diagnóstico de prematuridade, com 2.310g. Apgar 8/9. Está ainda internado na UTIN desde o nascimento (13 dias), no entanto provem de outra maternidade (de São Gonçalo). Utiliza sonda gástrica desde o nascimento (13 dias), ficou 3 dias com sonda em sifonagem, quando iniciou a dieta com 8ml de pré-nan por gavagem. Recebeu LMH e formula infantil (Pré-Nan). Desenvolveu laringotraqueomalácia, DRP, com infiltrado pulmonar bilateral. Iniciou estímulo ao SM com 9 dv com auxílio da fonoaudióloga. Hoje, RN se alimenta em SM livre demanda ou mamadeira com bico ortodôntico, gavando por SNG o volume necessário. Prescrito Pré-Nan 50ml 3/3h ou LMO. IG corrigida: 36s+6d. Ainda não tinha o peso do dia.

Diário de Campo: Abordagem foi realizada na UTIN. Relatou que deseja ir para casa com RN, no entanto, o bebê ainda não aceita totalmente a dieta por VO necessitando de complemento por SNG. Pude observar que ela fica com o bebê no colo a maior parte do tempo e que ofereceu o SM no horário da dieta que estive na UTIN. Após a mamada, ela ficou com o bebê por 30min em posição vertical no colo. Perguntei se ela poderia conceder a entrevista, ela disse que estava esperando o bebê “arrotar”, mas que ela teria que deixá-lo porque o trânsito para casa estaria ruim. Percebi nesse momento que ela estava apresentando resistência à entrevista. Quando expliquei melhor sobre o que era e que a entrevista seria em uma sala separada e confidencial, percebi que ficou mais receptiva.

P8

Historiograma: Mulher, 20 anos, casada, com escolaridade de Ensino Fundamental Completo, profissão do lar. Moradora do Bairro Parque Anchieta, reside com o marido e filho. A gestação foi desejada e planejada. É portadora de *Diabetes Mellitus* tipo 1 e teve pré-eclâmpsia na gravidez. Parto cesárea devido a sofrimento fetal. RN nascido com 32s+3d de IG, com diagnóstico de prematuridade. Com peso de 2.6010g, sexo M. Apgar 8/9. Ficou 6 dias na UTIN, mãe não sabe se RN precisou de VM. Utilizou sonda gástrica durante 6 dias, recebeu LMO e formula

infantil (NAN e Adptamil). Hoje, criança tem 6 meses de idade, mama no peito, “come de tudo” segundo a mãe e toma mamadeira de Adptamil. Peso aproximado de 8kg.

Diário de Campo: Abordei a entrevistada na sala de espera do ambulatório para consulta com a pediatra. Acompanhada do seu bebê, sua sobrinha de 3 anos e a irmã da entrevistada. Demonstrou-se afetuosa com o bebê, que foi alimentado no SM e mamadeira durante a entrevista. Disse que teve problemas com a equipe de enfermagem e médica durante a gestação e durante o tempo de internação do bebê. Apontou o despreparo da enfermagem quanto a transição da alimentação por sonda gástrica para o SM impedindo a mãe de amamentar o filho por não estar prescrito. Após a entrevista orientei que se ela se sentisse mal durante a amamentação por hipoglicemia, que deveria interromper a mamada, deixar o bebê em superfície segura, se alimentar e quando estivesse melhor, voltar à mamada, para evitar o risco de queda do bebê.

P9

Historiograma: Mulher, 29 anos, casada, com Ensino superior Incompleto, profissão faturista. Moradora do bairro de Realengo. Reside com 03 pessoas, em domicílio com 08 cômodos, possui 01 filho vivo. A gestação foi planejada e desejada. Sofreu trabalho de parto prematuro de gestação gemelar. Durante a gravidez sofreu abalos emocionais como a morte da avó. Os RN nasceram com prematuridade extrema, com 25 semanas de IG. GI com 728g e GII com 800g de peso ao nascer, apgar 3/ 5/7. Tempo de hospitalização em UTIN foi de 4 meses e 3 dias. Tempo de utilização da sonda gástrica do GII foi de 3 meses e meio. GI faleceu por complicações de enterocolite necrotizante após confecção de colostomia durante o período neonatal. Receberam formula infantil desde a primeira alimentação desenvolvendo intolerância ao leite, não receberam o leite materno. GII fez uso de aptamil pepti até os 2 anos. No dia da entrevista a criança estava com 4 anos e 3 meses pesando 18.600g

Diário de Campo: A entrevistada foi indicada por uma integrante do NuPEEMC. Marcamos a entrevista perto do local onde ele trabalha em uma rede de *fast food*. Apareceu estar bem tranquila com a entrevista, trouxe fotos do filho com sonda gástrica para eu ver. Percebi a relação com a sonda gástrica um pouco mais conflituosa na época de transição para alimentação via oral. Relatou problemas com a alimentação das crianças e a tristeza por não poder amamentar devido a condição clínica dos bebês. O óbito de um dos bebês foi relacionado a alimentação, o que causou estresse na tentativa de alimentar o outro bebe com seu leite.

P10

Historiograma: Mulher, 31 anos, enfermeira, casada. Moradora da cidade de Caraguatatuba em São Paulo. Possui 01 filho, na época da gestação cursava faculdade de enfermagem e trabalhava como auxiliar de enfermagem na UTIN. Desenvolveu pré-clampsia e com 33 sem de IG teve que ser submetida a cesárea de emergência por sofrimento fetal, detectado também descolamento prematuro da placenta. RN nasceu com peso, apgar 1 e 5, sexo masculino, sendo encaminhado para UTIN. Utilizou sonda gástrica apenas por 01 dia, não assustou a mãe que estava mais preocupada com a condição respiratória do filho. Relata que maior dificuldade foi na hora da amamentação e se culpa pela prematuridade do bebê.

Diário de Campo: Apareceu estar feliz em contribuir com a entrevista que foi realizada pelo celular. No início parecia estar preocupada com termos técnicos, mas senti que com o decorrer da entrevista ela se voltou mais para os sentimentos do período da internação do bebê. Como fez parte da técnica bola de neve, perguntei se ela teria mais mulheres para indicar para entrevista, ela disse que conversaria com duas e me passaria o contato se fosse possível.

P11

Historiograma: Mulher, 36 anos, casada, com segundo grau completo. Trabalha como operadora de caixa. Possui renda familiar de R\$ 5.000 moradora do bairro Rio Comprido. Reside com 04 pessoas em moradia de 04 cômodos. Possui 2 filhos vivos. Realizou 06 consultas de pré-natal. História obstétrica GII PII A0. A gestação foi planejada e desejada. Evoluiu com sangramento no 2º, 3º e 4º mês de gestação ficando com bolsa rota por 3 dias. RN nasceu de parto cesárea dia 25/11/12, necessitou de reanimação em sala de parto, apgar 6/8. Diagnóstico de prematuridade

com 27 semanas e 6 dias de IG. Peso ao nascer: 960g, sexo feminino. Ficou 30 dias na UTIN e mais 30 dias na enfermaria canguru. Utilizou auxílio de ventilação artificial (TOT 4 dias; CPAP 10d) fez 01 dose de surfactante e foi necessária terapia com aminofilina e cafeína para apneia. Segundo resumo de alta hospitalar, utilizou nutrição parenteral por 9 dias e iniciou nutrição enteral com 5 dias de vida. Fez uso de ampicilina e gentamicina por 7 dias e necessitou de cateter venoso umbilical por 2 dias e cateter profundo de inserção periférica por 13 dias. Utilizou sonda gástrica por 45 dias. Recebeu apenas leite materno ordenhado durante todo o tempo hospitalizada. Desenvolveu alergia ao leite sendo necessário o uso de aptamil após amamentação exclusiva. Na data da entrevista criança estava com 4 anos pesando 20kg.

Diário de Campo: A entrevista foi realizada no estabelecimento comercial da entrevistada. Percebi que ela estava muito nervosa antes da entrevista, perguntou até se poderia ensaiar antes. Conversei com ela, ela ficou mais calma. Mesmo assim, após desligar o gravador, foi quando ela falou mais dos sentimentos. Falou que o pai da criança foi muito importante nesse processo, que a filha mais velha desejou muito a irmã e que também fez canguru com a bebê. Ela teve preocupação com a filha mais velha, mas que ela foi madura para aceitar e querer o cuidado da irmanzinha nesse momento. Falou da importância da enfermeira da enfermaria canguru, pois foi com ela que o maior laço afetivo foi construído e que foi através dela que a criança conseguiu ser avaliada pela médica para reinternação. Falou que alimentar a filha sempre foi importante para ela, mesmo através da sonda

P12

Historiograma: Mulher 42 anos, solteira, com Ensino Médio completo, operadora de caixa. Possui renda familiar de R\$1.400. Moradora do bairro de Santa Tereza, reside em local com 04 cômodos, com 02 pessoas. Possui 01 filho vivo. Não soube informar o número de consultas de pré-natal, história obstétrica GI PI A0. Gestação planejada e desejada. Durante a gravidez foi assaltada atribuindo a grande estresse. Desenvolveu Trabalho de parto Prematuro. RN nasceu dia 08/08/12 de parto vaginal, com 24 semanas de IG, diagnóstico de prematuridade extrema, pesando 800g. ficou hospitalizada durante 2 meses, necessitou de auxílio de ventilação artificial (TOT, CPAP, HOOD). Ficou com sonda gástrica até a alta hospitalar, ou seja, 2 meses. Recebeu leite materno ordenhado e fórmula infantil aptamil. No dia da entrevista a criança com 4anos e 20kg.

Diário de Campo: A entrevistada foi indicada por outra mãe que já havia sido entrevistada. Encontramo-nos em uma lanchonete e ela levou a filha. Assustei-me com a fala sobre a negação da sobrevivência da filha após o nascimento. A elaboração do luto do bebê ideal foi um processo marcante para ela. Quanto a alimentação, a sonda gástrica foi considerada necessária e auxiliar na alimentação até a alta da criança. A sonda foi considerada como ultimo “aparelho” a ser retirado da filha. (imagem do bebê doente com a sonda, bebê saudável sem a sonda).

P13

Historiograma: Mulher 51 anos, solteira, com Ensino Médio completo. Profissão funcionária pública, técnica de enfermagem. História obstétrica GII PI AI. A gestação foi planejada e desejada. Durante a gravidez teve placenta prévia, contração uterina precoce, hipertensão arterial sistêmica e fissura de hemorróida. RN nasceu com 36 semanas e 5 dias. Teve diagnóstico de laringomalácia após nascimento necessitando ser encaminhado para UTIN. Ficou 04 dias internado na UTIN, não necessitou de auxílio de ventilação mecânica. Utilizou sonda gástrica por 2 dias e meio. Durante a internação recebeu apenas fórmula láctea infantil. No dia da entrevista o filho estava com 22 anos.

Diário de Campo: A entrevista foi concedida no local de trabalho da participante, em local reservado. Estava preocupada de não lembrar detalhes da época do nascimento do filho por já terem se passado mais de 20 anos. Recorda o sofrimento que foi ser separada do seu filho para que ele fosse para a UTI. Menciona que trabalhar na área da saúde fez com que ela sofresse por já conhecer a rotina de uma UTIN. Considerou a ordenha mamária importante por conseguir tirar o próprio leite para o filho. Quando levou seu filho para casa sofreu com o sentimento de proteção exacerbado.

P14
Historiograma: Mulher, 61 anos, médica, foi indicada para entrevista pela colega de trabalho através da técnica boa de neve. O filho primogênito nasceu prematuro, sofreu infecção hospitalar e ficou 2 meses internado na UTIN há mais de 30 anos.
Diário de Campo: Sentiu que a equipe ficava incomodada com sua presença na UTIN em uma época que a presença dos pais na unidade não era comum. Fala com carinho do filho e da expectativa para amamentar, pois desejava muito que isso ocorresse. Disse que não prestou cuidado nenhum ao filho enquanto estava na UTI e não manejou a sonda gástrica. Sentia prazer ao ordenhar o leite para o filho. Sentiu-se segura para colocar o bebê no peito quando apenas a sonda gástrica restava como dispositivo conectado a ele. Após o gravador ser desligado, comentou que a mãe dela, ao vê-la ordenhando falou que seu leite era fraco e que isso a incomodou. Depois disse que um parente falou que o filho dela, que era prematuro, era feio e que ela teve uma reação para defender o filho usando xingamentos que nunca havia usado. Falou sobre a culpa que sentiu de ter o filho prematuro. Terminou dizendo que a história da vida deles contribuiu para modificações pessoais e na carreira.

APÊNDICE I – Quadro 7 – Análise das entrevistas: recodificação

Análise das entrevistas- Fase 2 a Recodificação																	
A**1	R*	A**2	R*	A**3	R*	A**4	R*	A**5	R*	A**6	R*	A**7	R*	A**8	R*	A**9	R*
O Medo e a prematuridade		Experiências e valores maternos antes da UTI		A Mãe sem o bebê		Ordenha mamária: necessária com a sonda		A alimentação do bebê na UTIN		A mãe e o bebê na UTIN		Assistência profissional na UTIN		A mãe e o bebê após a UTI		A sonda e sua simbologia	
24 Medo da Morte relacionado à prematuridade	7	9 Vontade de amamentar	11	5 Pode dar de mamar mas o filho não pode sugar	14	1 Ordenha mamária como ação difícil e barreira de interação com o bebê	10	7 Amamentar dentro da UTI	6	12 Desejo de amamentar na UTIN	5	64 Assistência de Enfermagem facilitando o vínculo mãe e bebê durante a alimentação com a sonda	4	6 Dieta do RN pós-alta	5	15 Comparação do RN com bebês saudáveis	11
35 RN prematuro e suas diferenças	24	31 História de amamentação na família	1	10 Baixa produção de leite por nervosismo	7	2 Está com sonda por isso precisa ordenhar	3	34 Rotina de alimentação na UTIN	6	13 Desejo de amamentar fora da UTIN	5	75 Assistência médica	14	79 Insegurança no pós-alta	7	16 Comparação com mães de outros bebês	1
36 Preocupação maior com a respiração e não com a alimentação	1	57 SOG algo desconhecido	5	11 Dores nos seios por não poder dar de mamar	6	3 Ordenha mamária como facilitadora para interação com o bebê	9	39 Rotina da UTIN como dificultadora da interação mãe-bebê durante a alimentação	5	18 Toque como contato mãe-bebê	7	76 Assistência do psicólogo	1	80 Projeção de cuidados para próxima gravidez	1	17 Comparação com outros bebês com as mesmas dificuldades	1
37 Prematuro e sequelas	3	61 Importância do Leite Materno para a saúde do RN	6	14 Sentimento de tristeza por não poder amamentar	3	4 Técnica da ordenha	11	42 Enfermagem amamenta o filho dela por SOG	4	20 Primeira vez do bebê no colo da mãe	7	77 Assistência da musicoterapia	2	85 Mudança após ser mãe	2	48 Sentimento negativo com relação à SOG	6
38 Prematuro diferente do bebê imaginado	6	62 Trabalhar na área da saúde é difícil	8	19 Separação física entre mãe e bebê na UTIN dificultador para interação mãe-bebê	20	5 Baixa produção de leite por falta de estímulo	14	43 SOG complementar a amamentação	2	22 Sentimento negativo com relação à UTIN	12	81 Percepção sobre a equipe de saúde	10	86 Agradecimento a Deus	19	49 Lesões provocadas pela SOG	2

	63 Trabalhar na área facilita	1	25 Não sei se era mãe na UTIN	3		44 SOG como substituto da amamentação	9	23 Posição canguru	6		87 Recado para outras mães	6	50 Sentimento ruim ao ver passar a sonda	3
	82 Surpresa por não ser o bebê imaginado	10	27 Sentimento negativo com relação à separação mãe-bebê	20		45 Mamar pela sonda não é a mesma coisa	2	26 Presença da mãe incomodando	3		88 Criança entendendo o que passou na UTI	2	54 SOG necessária para sobrevivência	7
			28 Estado psicológico da mãe	12		46 Mãe alimentando pela SOG	4	40 Rotina da UTIN facilitando o contato mãe-bebê	1				55 SOG empecilho para alta hospitalar	2
			29 O berço vazio sem o bebê	6		47 SOG como empecilho para amamentação	1	41 Ganhar e perder peso do RN	8				56 SOG último “aparelho” a sair	2
			30 Rotina da UTI como dificultador da formação de vínculo com a família	5		51 Da sonda para o peito	3	66 Assistência de enfermagem para o contato mãe e bebê	11				58 SOG como algo comum	3
			32 Família/amigos como suporte para vínculo com bebê	17		52 Da sonda para o copinho	2	72 Desejo de realizar os cuidados com o RN dentro da UTIN	8				70 Enfermagem passando a sonda	2
			33 Família/amigos como dificultadores para formação do vínculo com o bebê	9		53 Da sonda para a mamadeira	10	73 Cuidados da mãe com o RN na UTI	16				71 RN arranca a sonda	4
			59 Amamentação é amor, a SOG não	2		60 Mamadeira também é amor	2							

			78 Sentimento de culpa pelo estado de saúde do RN	14			65 Assistência de Enfermagem dificultando o vínculo mãe e bebê durante a alimentação com a sonda	1							
			21 Primeira vez da mãe vendo o bebê				67 Assistência de enfermagem dificultando a amamentação	2							
							68 Assistência de enfermagem facilitando a amamentação	2							
							69 Enfermagem e a alimentação do bebê	1							
							74 Assistência da Fonoaudiologia facilitando a transição da sonda para alimentação oral	12							
							83 Tipo de leite administrado pela sonda	8							
							84 NPT como primeiro alimento	1							
Total		41	42		138		47	83		89			31		42

Legenda: *Recorrência; **Agrupamento.

Fonte: A autora, 2018.

APÊNDICE J – Quadro 8 – Fase de recodificação para segundo agrupamento

	Agrupamento 1	Agrupamento 2
Segundo Agrupamento	O bebê imaginário e o bebê real: experiências vivenciadas pelas mães antes do bebê com sonda e as primeiras impressões da realidade	O processo de alimentação do bebê na UTIN: fatores para o desenvolvimento da maternagem
	O Medo e a prematuridade	Ordenha mamária: necessária com a sonda
	Experiências e valores maternos antes da UTIN**	A alimentação do bebê na UTIN**
	A mãe sem o bebê	A mãe e o bebê na UTIN**
		Assistência profissional na UTIN**
	A mãe e o bebê após a UTIN**	
	A sonda e sua simbologia	
Total de Recorrências de UT* por Agrupamento	Recorrência: 221	Recorrência: 253

Legenda: *Unidade Temática; **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Fonte: A autora, 2018.

APÊNDICE K – Quadro 9 – Fase de síntese da análise das entrevistas

Segundo Agrupamento	O bebê imaginário e o bebê real: experiências vivenciadas pelas mães antes do bebê com sonda e as primeiras impressões da realidade	O processo de alimentação do bebê na UTIN**: fatores para o desenvolvimento da maternagem
Categoria Analítica	Experiências vivenciadas pelas mães do bebê com sonda gástrica: o desenvolvimento da maternagem no processo de alimentar o bebê na UTIN**	
Total de Recorrências de UT* por Categoria	Recorrência: 474	

Fonte: Autoria própria

Legenda: *Unidade Temática; **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

ANEXO 1 – Autorização do cenário 1 de pesquisa



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

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO SETOR

Declaro como responsável do serviço de pediatria do [REDACTED] o conhecimento e aprovo a realização do projeto de pesquisa intitulado “O ALIMENTAR QUANDO NÃO SE AMAMENTA; NARRATIVA DE VIDA DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDAS GÁSTRICAS: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM”, de autoria da mestrandia Juliana Nascimento sob a orientação da Profª. Drª. Inês Maria Meneses dos Santos, que será apresentado como requisito para obtenção do título de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Assumo o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma, assim como o comprometimento da Instituição em assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro que a pesquisa só poderá ser iniciada após autorização do comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO, com aprovação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, bem como seus resultados apresentados ao nosso serviço após conclusão/defesa.

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2016

Assinatura e Carimbo

Prof. Edson Ferrera Liberal
CRM 52 29116-5
RUBR. 0249029

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
– UNIRIO Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240. Telefones:
21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

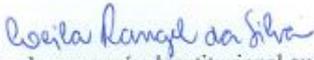
ANEXO 2 – Autorização do cenário 2 de pesquisa


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, LEILA RANGEL DA SILVA coordenadora do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), declaro ciência e autorizo a utilização da técnica chamada “*snowball sampling*”, ou amostra por bola de neve, com os integrantes deste grupo de pesquisa que desejarem ser sementes da pesquisa intitulada “**O alimentar quando não se amamenta; narrativa de vida de mães de recém-nascidos com sondas gástricas: contribuições da enfermagem**”, de autoria da mestrandia Juliana Nascimento orientada pela professora Dr^a. Inês Maria Meneses dos Santos. Os integrantes do grupo poderão indicar pacientes ou conhecidos que são ou foram mães que poderiam amamentar, mas seus recém-nascidos não podem ou puderam mamar em algum momento do período neonatal, pois utilizam ou utilizaram sonda gástrica para alimentação.

Rio de Janeiro, 26 de maio de 2017


 Nome do responsável institucional ou setorial
 Cargo do Responsável pelo consentimento
 Carimbo com identificação ou CNPJ


 Leila Rangel da Silva
 Prof. Associado UNIRIO/EEA/PEEM
 SIAPE 654013 COREN RJ 41255

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
 Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cép: 22290-240.
 Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio@gmail.com

ANEXO 3 – Parecer consubstanciado do CEP após emenda

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O ALIMENTAR QUANDO NÃO SE AMAMENTA; NARRATIVA DE VIDA DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SONDA GÁSTRICA: CONTRIBUIÇÕES DA

Pesquisador: Juliana Nascimento

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 59897416.0.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.151.951

Apresentação do Projeto:

Este trabalho tem como tema a alimentação de recém-nascido (RN) através de sonda gástrica. Embora a UTIN possa ser um ambiente com inúmeras possibilidades de intervenções invasivas, a reflexão sobre as ações de enfermagem assim como as dificuldades e mitos que as mães poderiam apresentar sobre a alimentação do RN através da sonda gástrica obteve um peso significativo dentro dos meus questionamentos. Essa tecnologia poderia influenciar no desenvolvimento da maternagem da mulher que pode amamentar, mas seu filho não pode mamar, pois é alimentado através da sonda gástrica. O objetivo é analisar a maternagem de mulheres que podem amamentar, mas seus filhos RN se alimentam através da sonda gástrica. Saber o que a alimentação de RN por sonda gástrica pode trazer para os sentimentos, pensamentos e o desenvolvimento da maternagem de mulheres e o que representa para essas mães poderia ajudar a entender se a relação mãe-bebê é prejudicada e como os enfermeiros podem tratar desse assunto contribuindo para a saúde neonatal como um todo. Optou-se por um estudo descritivo de natureza

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio08@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.151.951

qualitativa, utilizando como estratégia o método Narrativa de Vida. A amostragem será captada através da técnica bola de neve. A coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais abertas com a seguinte pergunta norteadora: Fale-me como foi para você desenvolver o cuidado com seu bebê com relação a alimentação do mesmo dentro da UTI Neonatal desde que ele(a) nasceu. O áudio será gravado em mídia e posteriormente será transcrito. Anotações poderão ser feitas através do Diário de Campo. O cenário do estudo será o setor da UTIN e ambulatório de acompanhamento das crianças que estiveram internadas na UTIN de um Hospital Universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro ampliado por indicação de cada participante e por integrantes do NuPEEMC. As participantes do estudo serão as mães de RN que estão ou estiveram internados na UTIN e que se alimentam ou se alimentaram através de sonda gástrica por incapacidade ou impossibilidade de sucção no seio materno. O projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, acatando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Também serão coletados dados para a caracterização da clientela como os de ordem sócio-econômica, história obstétrica e do parto, história do bebê na UTIN, diagnóstico e outros que forem necessários em prontuário através de um Formulário para entender o perfil das mulheres entrevistadas e seus bebês. Os dados serão coletados até que ocorra a saturação dos mesmos. As transcrições das entrevistas serão analisadas através da análise temática de narrativas de vida proposta por Bertaux.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a maternagem de mulheres que podem amamentar, mas seus filhos RN se alimentam através da sonda gástrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participante pode sofrer o incomodo porque as informações que coletamos são sobre as experiências pessoais da mesma podendo acarretar alterações emocionais ou psicológicas.

Benefícios:

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.151.951

A entrevista contribuirá na assistência de enfermagem para os cuidados prestados às mães e aos bebês que terão que ficar internados na UTI

Neonatal e que terão que ser alimentados por sonda, mas não será, necessariamente, para o benefício direto da participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

emenda com mudança metodológica aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_892198 E1.pdf	27/05/2017 14:15:12		Aceito
Outros	autorizacaonucleo.pdf	27/05/2017 14:13:59	Juliana Nascimento	Aceito
Cronograma	Cronogramacomemenda2.doc	27/05/2017 14:13:00	Juliana Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoJNsubmetidoCEPemenda.doc	02/04/2017 21:12:13	Juliana Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	segundoTCLEJulianaNascimento.pdf	06/10/2016 15:52:11	Juliana Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostojuliananascimento.pdf	12/09/2016 11:21:45	Juliana Nascimento	Aceito
Outros	campo.pdf	12/09/2016 10:56:32	Juliana Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.151.951

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Julho de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio08@gmail.com