



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

**A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA DE MULHERES-MÃES NO PROCESSO DE  
ALIMENTAÇÃO DE SEUS FILHOS DO CORAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA  
ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro  
Dezembro 2015



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

**SUELLEN DA ROCHA LAGE**

**A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA DE MULHERES-MÃES NO PROCESSO DE  
ALIMENTAÇÃO DE SEUS FILHOS DO CORAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA  
ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Inês Maria Meneses dos Santos.

Rio de Janeiro  
Dezembro 2015

L174 Lage, Suellen da Rocha.  
A experiência vivenciada de mulheres-mãe no processo de alimentação de seus filhos do coração: contribuições para enfermagem / Suellen da Rocha Lage, 2016.  
x, 66 f. ; 30 cm

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde da Criança. 2. Enfermagem Pediátrica. 3. Alimentação Artificial. 4. Adoção. I. Santos, Inês Maria Meneses dos.  
II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem.  
III. Título.

CDD – 649.1

**A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA DE MULHERES-MÃES NO PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DE SEUS FILHOS DO CORAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM**

**Suellen da Rocha Lage**

**Dissertação submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.**

**Aprovada por:**

---

**Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Inês Maria Meneses dos Santos**  
**Presidente**

---

**Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Cristiane Rodrigues da Rocha**  
**1<sup>a</sup> Examinadora**  
**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO**

---

**Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Florence Romijn Tocantins**  
**2<sup>a</sup> Examinadora**  
**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO**

---

**Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Sônia Regina de Souza**  
**Suplente**  
**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**

---

**Prof. DrValdecyrHerdy Alves**  
**Suplente**  
**Universidade Federal Fluminense - UFF**

Rio de Janeiro  
Dezembro 2015

## AGRADECIMENTOS

- ✓ A **Deus**, por me dar forças para prosseguir e permitir que eu realizasse mais um sonho.
- ✓ A minha mãe **Sueli**, por me dar a vida e compreender minha ausência nos momentos que foram preciso.
- ✓ Ao meu pai **Maury**, por todo apoio, ensinamento e direcionamento; Pelo incentivo em sempre buscar o conhecimento, mostrando que o mesmo é o bem mais precioso que podemos ter.
- ✓ Ao **Glaucio**, meu amor, obrigada pelo apoio, incentivo e compreensão. Você me ajudou a realizar mais esse sonho.
- ✓ A toda minha **família** pelo apoio e por vibrar junto as minhas conquistas.
- ✓ A orientadora **Inês**, pelos ensinamentos, carinho, pela paciência nos meus momentos de desespero. Você não foi somente orientadora, mas, em alguns momentos, conselheira, mãe e amiga. Obrigada por estar ao meu lado e acreditar tanto em mim.
- ✓ A amiga **Isis**, por todo apoio e carinho. Por me incentivar quando eu desanimava. Obrigada por caminhar juntas desde a minha graduação.
- ✓ Aos Professores **Valdecyr Alves, Florence Tocantins, Cristiane Rocha e Sônia Souza** pelas valiosas observações e contribuições durante o exame de Qualificação.
- ✓ Às **mulheres**, participantes deste estudo, que compartilharam suas narrativas de vida.
- ✓ Agradeço a todos os **professores** do mestrado, que contribuíram para aprimorar o conhecimento na pesquisa científica.
- ✓ Ao Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança -- **NuPEEMC**, pelos debates e trocas de saberes.

## RESUMO

Tem por objeto de estudo: A experiência vivenciada da mulher-mãe sobre o processo de alimentação do filho do coração. Tem como questão norteadora: Como foi a experiência vivenciada da mulher-mãe sobre o processo de alimentação do filho do coração? O objetivo delineado é: Analisar a experiência vivenciada da mulher-mãe sobre o processo de alimentação do filho do coração. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo. O método utilizado foi Narrativa de Vida. As entrevistas foram agendadas e aconteceram em diferentes cenários: 3 na casa das participantes, 2 no local de trabalho das mesmas e por razão da dificuldade de encontro presencial, 1 foi realizada por telefone, e, 1 por Skype. O estudo foi aprovado pelo CEP-UNIRIO através do parecer nº 890.854. A coleta de dados ocorreu através de um instrumento que continha duas partes: 1º) Questionário para caracterização dessas mulheres; 2º) Entrevista com uma única pergunta. Através do procedimento análise temática emergiram duas categorias analíticas: “Os caminhos para a chegada do Filho do Coração” e “Alimentação do Filho do Coração”. Adoção nem sempre acontece de uma forma planejada. Porém, quando o planejamento ocorre, essas mulheres precisam receber orientações quanto à possibilidade de amamentar, principalmente quando o filho do coração é recém-nascido. E assim, receber apoio tanto dos familiares como dos profissionais de saúde. Os bancos de leite humano são uma estratégia possível para essas mulheres. A partir das Narrativas de Vida dessas mulheres que adotam crianças, foram identificadas necessidades de cuidado de saúde relacionada alimentação do filho: Necessidade de Preparo para adoção; a possibilidade de amamentação; amamentação cruzada; oferta de fórmulas lácteas; introdução de alimentos sólidos e semissólidos e Saúde bucal. Essas mulheres necessitam se preparar para o processo de alimentação dessa criança, pois é fundamental tanto para sobrevivência quanto para segurança alimentar da mesma.

Descritores: Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Adoção; Alimentação artificial.

## ABSTRACT

Its subject: the lived experience of the woman-mother about the child's feeding process of the heart. Its guiding question: How was the lived experience of the woman-mother about the child's feeding process of the heart? The outlined goal is to analyze the lived experience of the woman-mother about the child's feeding process of the heart. This is a descriptive, qualitative study. The method used was Narrative of Life. The interviews were scheduled and took place in different settings: 3 in the house of the participants 2 in the workplace of the same and because of the difficulty of meeting attendance, 1 was conducted by telephone, and one for Skype. The study was approved by Ethics Committee for Research-UNIRIO by opinion No. 890,854. The data were collected through an instrument that contained two parts: 1) Questionnaire for the characterization of these women; 2) Interview with a single question. Through thematic analysis procedure emerged two analytical categories: "The paths to the arrival of the Heart Son" and "Son of the Heart of Power." Adoption does not always happen in a planned way. However, when planning takes place, these women need to receive guidance on the possibility of breastfeeding, especially when the child's heart is newborn. And so, receive support from both family and health professionals. The milk banks are a possible strategy for these women. From Narratives of life of these women who adopt children, health care needs were identified child food related: Preparation Need for adoption; the possibility of feeding; cross breastfeeding; supply of infant formula; introduction of solids and semi-solids and oral health. These women need to prepare for that child feeding process, it is essential both for survival and for food security of the same.

Keywords: Children's Health; Pediatric Nursing; Adoption; Artificial feeding.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC- Alimentação Complementar

BDENF- Bases de Dados em Enfermagem

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNA- Cadastro Nacional de Adoção

CNJ- Conselho Nacional Justiça de Adoção

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

SciELO- Scientific Electronic Library Online

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



**LISTA DE QUADROS**

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro I:</b> Historiograma                          | 22 |
| <b>Quadro II:</b> Caracterização das participantes      | 23 |
| <b>Quadro III:</b> Caracterização dos filhos do coração | 24 |
| <b>Quadro IV:</b> Codificação e Recorrência             | 28 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1:</b> Esquema de publicações selecionadas                                  | 4  |
| <b>Figura 2:</b> Esquema de publicações selecionadas com o termo “adoção”             | 5  |
| <b>Figura 3:</b> Esquema Alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas | 11 |
| <b>Figura 4:</b> Esquema do Contato com as Participantes                              | 21 |
| <b>Figura 5:</b> Esquema de Análise   | 30 |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO</b> .....                                     | <b>1</b>  |
| Problematização do Estudo.....  | 3         |
| Questão Norteadora.....   | 3         |
| Objeto do Estudo.....   | 3         |
| Objetivo do Estudo.....   | 3         |
| Justificativa.....  | 4         |
| <b>CAPÍTULO 2: REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO</b> .....               | <b>6</b>  |
| A Trajetória da Adoção no Brasil.....                                   | 6         |
| Realidade Brasileira sobre Adoção.....                                  | 9         |
| Alimentação no 1º Ano de Vida.....                                      | 10        |
| Teoria do Desenvolvimento de Winnicott.....                             | 12        |
| <b>CAPÍTULO 3: METODOLOGIA</b> .....                                    | <b>16</b> |
| Narrativa de Vida.....  | 16        |
| Questões Éticas da Pesquisa.....  | 18        |
| Cenário.....  | 19        |
| Produção de Dados.....  | 19        |
| Participantes.....  | 21        |
| Análise.....  | 24        |
| <b>CAPÍTULO 4: ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE VIDA</b> .....                 | <b>31</b> |
| PRIMEIRA CATEGORIA: Os Caminhos para Chegada dos Filhos do Coração..... | 31        |
| SEGUNDA CATEGORIA: Alimentação do Filho do Coração.....                 | 42        |
| <b>CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                           | <b>54</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>56</b> |
| <b>APÊNDICES</b> .....  | <b>60</b> |
| <b>ANEXO</b> .....  | <b>64</b> |

# CAPÍTULO 1

---

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como temática a alimentação de filhos do coração<sup>1</sup>.

A alimentação da criança é um dos atributos da maternagem - a qual representa uma questão crucial na relação mãe-filho, por colocar em prática, no relacionamento entre esses dois seres humanos, o amor fundamental para o crescimento e o desenvolvimento da criança. Apoiado na obra do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott (1896-1971), apreende-se que o conceito de maternagem:

corresponde aos cuidados que a mãe (ou a sua substituta) tem para criar o seu filho (ou uma criança); esses cuidados são condutas ou atitudes de interação que, mesmo quando têm um objetivo físico, não deixam de provocar vivências na criança e servem de base para o seu desenvolvimento emocional e cognitivo (ELYSEU JUNIOR, 2000, p.14)

Para se desenvolverem bem emocional e cognitivamente, as crianças necessitam de amor materno. Essa ligação criança-mãe depende da continuidade do vínculo afetivo para ser eficaz, mas a expressão do amor materno não é exclusividade da mãe biológica, podendo se revelar também naquela que desempenha a função de cuidadora como, por exemplo, a mãe adotiva (LAGE; SANTOS; NAZARETH, 2014).

Segundo Miranda & Martins (2007), a mãe ou a pessoa que exerce a maternagem é quem deverá acolher o bebê, interagir com ele. Exemplifica-se o processo de alimentação principalmente quando ele propicia contato afetivo por meio do olhar, do toque terno, das cantigas e das palavras, que dão sentido a tudo que o bebê está vivendo.

O processo de alimentação de um filho do coração contempla as diferentes fases do crescimento e do desenvolvimento da criança. Ou seja, quando recém-nascido e lactente com leite, seja por aleitamento materno pela mãe adotiva (LAGE;

---

<sup>1</sup>Utilizaremos a expressão “filho do coração” por ser como as mulheres-mães se referem aos seus filhos adotivos.

SANTOS; NAZARETH, 2014), ou pelo uso de fórmulas lácteas, a partir dos seis meses de vida inicia-se a introdução de outros alimentos (BRASIL, 2009).

Kruel & Souza (2014) afirmam que Winnicott salientava que a ingestão do leite materno não é imprescindível para o desenvolvimento psicológico do bebê, mas, sim, o tipo de cuidado fornecido pela mãe ou por sua substituta.

No entanto esse cuidado materno deve envolver a segurança alimentar e nutricional, a qual consiste no direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo, como base, práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

O objeto de estudo aqui proposto resultou do prévio interesse da mestranda na questão da alimentação infantil. Durante o curso de Graduação em Enfermagem, em 2013, a pesquisadora participou como bolsista do Projeto de Extensão “Espaço Educativo para o Cuidado Mãe e Bebê”, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, que visava fortalecer as práticas do manejo do aleitamento materno e proporcionar às mulheres o empoderamento para cuidar dos seus filhos no domicílio, com perspectivas do aumento das taxas de aleitamento materno.

Em 2014, buscando ampliar e aprimorar o conhecimento na área materno-infantil, a pesquisadora cursou Especialização em Enfermagem Neonatal na Universidade Severino Sombra - em parceria com a Clínica Perinatal Laranjeiras - e Capacitação nos Moldes de Residência em Unidade Terapia Intensiva Neonatal, na Clínica Perinatal Laranjeiras, onde observou, na prática, a importância do aleitamento materno para a mulher-mãe, para o bebê e para o desenvolvimento do vínculo afetivo. O Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização originou o artigo publicado intitulado: “Narrativa de vida de mulheres que amamentaram seus filhos adotivos” (LAGE; SANTOS; NAZARETH, 2014), onde se comprovou o sucesso da translactação no processo de amamentação por mulheres com seus filhos do coração, apesar das dificuldades encontradas.

Posteriormente, já trabalhando como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a mestranda teve a oportunidade de cuidar de gemelares

adotados, os quais a mãe adotiva tentou amamentar, sem êxito, apesar de seu empenho e do uso de terapia medicamentosa.

A produção do leite materno se dá por ação hormonal e por estímulo de sucção do bebê. Sendo assim, mulheres-mães não biológicas, se forem orientadas e estimuladas, poderão produzir leite e assim amamentar seus filhos do coração pela técnica da lactação induzida. Porém, há mulheres que não conseguem êxito nesse processo e há aquelas que não desejam amamentar seu filho do coração.

Dessa forma, o aleitamento materno pode não ser colocado em prática no caso das mães adotivas, mas também entre mulheres-mães biológicas, como, por exemplo, no caso dos lactentes com intolerância à lactose e no caso de filhos de mulheres-mães HIV positivo. Assim, o Ministério da Saúde publicou um Guia Prático de Preparo de Alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas, no qual estão descritas as alternativas alimentares para essa população (BRASIL, 2004; 2010).

Diante desse processo de alimentação do filho do coração, emergiu a seguinte **questão norteadora**:

— Como foi a experiência vivenciada<sup>2</sup> pela mulher-mãe no processo de alimentação do filho do coração?

O **objeto de estudo** delineado é:

A experiência vivenciada pela mulher-mãe no processo de alimentação do filho do coração.

O **objetivo** traçado é:

Analisar a experiência vivenciada pela mulher-mãe no processo de alimentação do filho do coração.

---

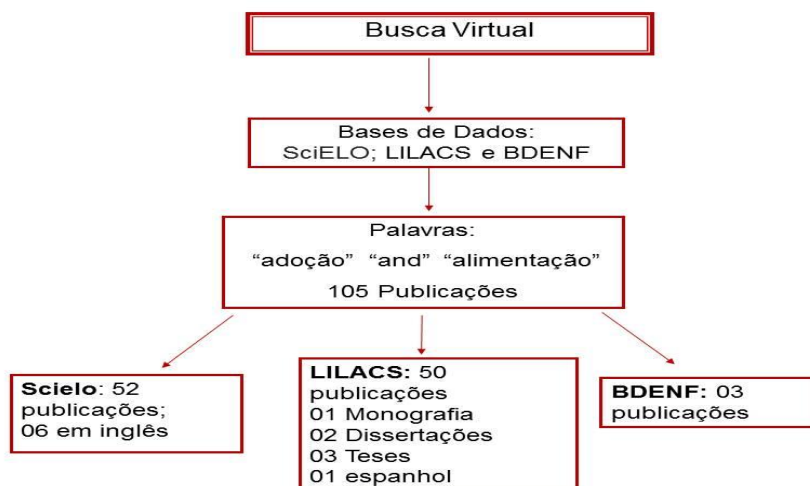
<sup>2</sup>A expressão “experiência vivenciada” adotada neste estudo é utilizada por Daniel Bertaux (2010), referencial metódico da pesquisa.

## Justificativa

Como a alimentação é fator importante para o crescimento e o desenvolvimento infantil, as mulheres e as famílias devem estar seguras na sua prática e os profissionais de saúde também devem estar preparados, pois, conhecer a experiência vivenciada pela mulher-mãe sobre o processo de alimentação do filho do coração permitirá aos Enfermeiros identificar os percalços e a superação das adversidades, de forma a oferecer subsídios para outras mulheres, favorecendo o vínculo mãe-bebê adotado e a segurança alimentar e nutricional.

Visando construir a justificativa para o estudo proposto, foi realizado o levantamento bibliográfico nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF). Para a busca virtual foi utilizado o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “adoção”, “alimentação”, acrescido do operador booleano “and”, sem recorte temporal e com texto completo, em acesso livre. Foram encontradas 216 referências: 138 na LILACS, 71 na SciELO e sete na BDENF. Após a retirada dos estudos concomitantes e daqueles com conteúdo incompleto, obteve-se o total de 105 referências.

**Figura 1- Esquema de publicações selecionadas**

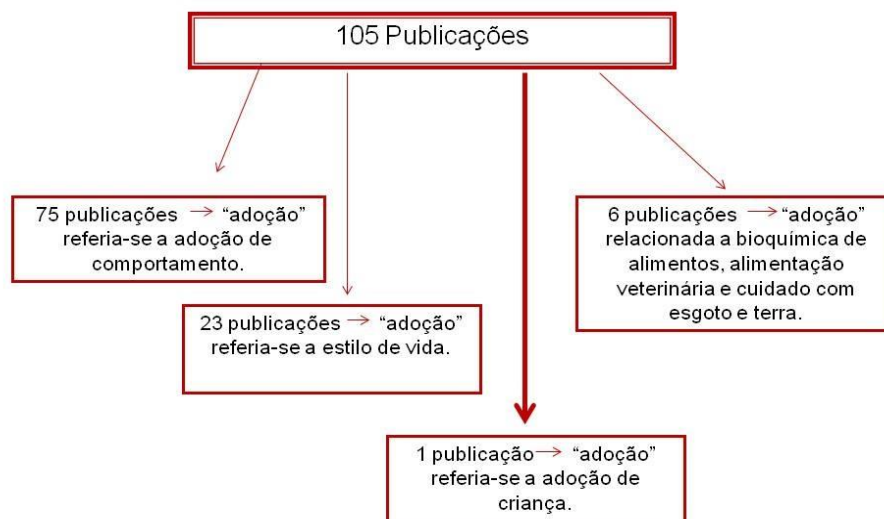


Nesta pesquisa o significado da palavra adoção é o definido por Holanda (2010): 1- *Ato ou efeito de adotar*; 2- *Ato jurídico pelo qual se estabelece relação*

*legal de filiação*. Os DeCS definem adoção em português como: “*Aceitação voluntária de uma criança de outros pais como filho próprio, normalmente com confirmação legal*”. Porém, ao analisar as 105 publicações encontradas, verificou-se que em 75 publicações o termo tratava de adoção de comportamento; em outras 23, a palavra adoção referia-se a estilo de vida e, nas seis restantes, o significado variou entre bioquímica de alimentos, alimentação veterinária e cuidado com esgoto e terra.

Nenhuma dessas publicações aborda o processo de alimentação da criança adotada. Apenas uma das publicações trata do tema, especificamente da amamentação por mães adotivas (LAGE; SANTOS; NAZARETH, 2014). Conforme a publicação, foram entrevistadas três mulheres que conseguiram amamentar seus respectivos filhos do coração.

**Figura 2: Esquema de publicações selecionadas com o termo “adoção”**



Em virtude de o tema escolhido ser pouco explorado, e acreditando na relevância de se fazer este estudo sobre a alimentação dos filhos adotivos, a pesquisa pretende contribuir para o ensino, assistência, pesquisa e extensão oferecendo subsídios para melhorar e aprimorar as condições e a qualidade da assistência prestada a essas mulheres e aos seus respectivos filhos do coração.



## CAPÍTULO 2

---

### REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO

#### 2.1- A Trajetória da Adoção no Brasil

Do ponto de vista jurídico, a adoção é um procedimento legal que consiste em transferir todos os direitos e deveres dos pais biológicos para uma família substituta, conferindo a crianças e adolescentes todos os direitos e deveres de filho quando e somente quando forem esgotados todos os recursos para a manutenção da convivência da criança com a sua família original (OTUKA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012).

A história da adoção tem um percurso extenso no Brasil e teve início na época da colonização. A princípio esteve relacionada com a prática da caridade, com os mais ricos prestando assistência aos mais pobres. Era comum haver, no interior da moradia das pessoas abastadas, filhos de terceiros, chamados “filhos de criação” (MAUX & DUTRA, 2010).

A situação desse “filho” junto da família não era formalizada, servindo sua permanência como oportunidade de se possuir mão-de-obra gratuita e, ao mesmo tempo, prestar auxílio aos mais necessitados. Esse “filho” ocupava um lugar diferenciado, sendo também singular a maneira como era tratado, normalmente de forma inferior em comparação com os filhos biológicos (MAUX & DUTRA, 2010).

A adoção surgiu na legislação brasileira em 1828, tendo como objetivo solucionar o problema dos casais sem filhos. Tratava-se assim a adoção como um recurso para os casais nessa condição, percebendo-se essa forma de filiação apenas sob a perspectiva do casal infértil.

O Código Civil de 1916 (Lei nº 3.071/1916) representou um marco importante para a legislação brasileira, posto que aglutinou leis, contribuindo de forma relevante para a adoção porque, conforme Maux e Dutra (2010), a referência a esse tema aparecia de forma escassa nos textos jurídicos anteriores. De acordo com aquela lei, além de a adoção ser permitida apenas para os casais sem filhos, podia ser revogada e o adotando não perdia o vínculo com a família biológica. Estabelecia, no art. 368, que só os maiores de 50 anos poderiam adotar, desde que

casados há pelo menos cinco anos, e que a diferença de idade entre o adotante e o adotado deveria ser de 18 anos, no mínimo.

Em 1957, a Lei nº 3.133/1957 trouxe modificações significativas: quem já tinha filho também conquistou o direito de adotar; entretanto o direito à herança não foi estendido ao filho adotivo. E a lei reduziu de 50 para 30 anos o limite mínimo de idade para o interessado em adotar, e, de 18 para 16 anos, a diferença mínima de idade entre o adotando e adotante.

A partir de 1965 (Lei nº 4.655/1965), além das pessoas casadas, os viúvos e os desquitados também conquistaram o direito de adotar. A legislação inovou também na chamada legitimação adotiva, que trouxe a possibilidade de o filho adotado ter praticamente os mesmos direitos legais do filho biológico - com exceção dos direitos sucessórios. Além disso, a lei estabeleceu a interrupção dos vínculos legais com a família biológica, tornando a adoção um ato irrevogável.

A Lei nº 6.697/1979, conhecida como Código de Menores, pôs fim à legitimação adotiva, estabelecendo duas formas de adoção: a adoção plena, que, em ato irrevogável, passava à condição de filho a criança de até sete anos de idade; e a adoção simples, com critérios específicos para amparar crianças maiores de sete anos e adolescentes menores de 18.

No entanto, somente com a Constituição Federal de 1988 a lei passou a tratar de forma igualitária os filhos havidos do casamento ou por adoção. Esse é o pressuposto legal que alicerça a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que aboliu a adoção simples, estabelecendo os benefícios da adoção plena aos menores de 18 anos, rompendo os vínculos de parentesco com a família de origem e garantindo a permanência irrevogável desse filho no seio da família adotiva, com os mesmos direitos dos filhos biológicos.

Em mais um avanço, a Lei Federal nº. 10.421/2002 determina que as mães adotivas, assim como as mães biológicas, também tenham direito à licença-maternidade. O período do salário-maternidade é de 120 dias quando a criança adotada tem até um ano; de 60 dias se a criança tiver de um e quatro anos; e de 30 dias quando se tratar de criança de quatro a oito anos de idade. Nota-se, portanto, uma preocupação maior com a configuração familiar, levando-se em conta que o

período inicial da relação é tão importante para os pais e filhos adotivos quanto para os pais e filhos biológicos.

Há 25 anos o ECA regulamentou a prática da adoção no Brasil, colocando como prioridade a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, dentre os quais o direito à convivência familiar. Com a Lei nº 12.010/2009, também chamada de Nova Lei da Adoção, o ECA sofreu alterações que buscam esgotar todos os recursos para que a criança seja mantida junto da sua família biológica antes de ser encaminhada para adoção.

Vale destacar que as leis nacionais anteriores ao ECA privilegiavam os filhos biológicos em detrimento dos adotivos, valorizando o chamado laço de sangue, dando ao fator biológico um status superior. Em contrapartida, em seu art. 25, a Lei nº 12.010/09 apresenta o conceito de família extensa ou família ampliada, que seria a composta por parentes próximos da criança, os quais teriam prioridade na adoção, no caso da impossibilidade de a criança permanecer sob a guarda dos pais biológicos.

A prática ilegal de registrar como filho uma criança nascida de outra pessoa sem passar pelos trâmites legais, - conhecida como adoção informal ou “adoção à brasileira”, - com o registro feito diretamente no cartório, - até os anos 1980 constituía cerca de 90% das adoções realizadas no país. Uma estratégia desprovida de qualquer direito proporcionado pelo ordenamento jurídico, o qual busca, antes de tudo, proteger aquele que representa o futuro do país e também erradicar sequelas mais graves, o que envolve as esferas política, econômica e social - nos âmbitos nacional e internacional (MAUX & DUTRA, 2010).

Essa opção pela ilegalidade também pode explicar uma característica, ainda bastante presente, que é o desejo de que a adoção seja um assunto sigiloso, que seja de conhecimento apenas dos familiares - muitas vezes não sendo divulgado nem mesmo entre os parentes, buscando-se manter o caso da adoção como um segredo do núcleo familiar.

## 2.2- Realidade Brasileira sobre Adoção

Segundo o Relatório do Cadastro Nacional de Adoção (2015), há 6.096 crianças e adolescentes disponíveis para adoção e 34.137 pretendentes cadastrados.

Na avaliação do Conselho Nacional Justiça (CNJ), há um desencontro entre o perfil da maioria das crianças cadastradas e o perfil de filho ou filha imaginado pelos que aguardam na fila da adoção. Esse desencontro não se dá apenas por questão racial, pois os que declaram só aceitar crianças brancas abrangem 24,24% dos pretendentes. Por esse viés, portanto, não existiriam dificuldades. Além disso, nada menos que 38,11% se declaram indiferentes em relação à cor da pele do futuro filho ou filha (CNJ, 2015).

Incompatibilidade difícil de ser suplantada é o fato de que apenas um em cada quatro pretendentes aceita adotar crianças a partir dos quatro anos, já que apenas 10,5% das crianças cadastradas pelo CNJ, à espera de uma família, estão nesta faixa de idade. Por isso, cada dia vivido nos abrigos diminui ainda mais a chance dessas crianças encontrarem um novo lar. Para completar, é inferior a 1% o índice de pessoas dispostas a adotar adolescentes (acima de 11 anos), os quais representam dois terços do total de cadastrados pelo CNJ (CNJ, 2015).

Outro fator que costuma dificultar a saída de crianças e adolescentes das instituições de acolhimento, de acordo com as estatísticas do CNJ, é a baixa disposição dos pretendentes em adotar mais de uma criança ao mesmo tempo (17,51%) ou para receber irmãos (26,47%). Segundo o CNJ, entre os aptos à adoção 72,36% possuem irmãos, sendo que a metade desses têm irmãos também cadastrados na listagem nacional de adoção. Como os juizados da Infância e da Adolescência dificilmente decidem pela separação de irmãos que foram destituídos das famílias biológicas, as chances dessas crianças à espera de uma família encontrarem um novo lar ficam muito reduzidas (CNJ, 2015).

### **2.3- Alimentação no 1º Ano de Vida**

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por um crescimento acelerado e por significativa evolução no processo de desenvolvimento, incluindo tanto as habilidades para mastigar e digerir alimentos, além do leite materno, como o autocontrole no processo de ingestão de alimentos, evoluindo na direção do padrão alimentar cultural do adulto. A alimentação recebida nesses primeiros anos gera repercussão ao longo de toda a vida do indivíduo (BRASIL, 2009; 2010).

A superioridade do leite materno sobre leites de outras espécies é fato comprovado e são vários os argumentos em favor do aleitamento materno. Dentre eles a presença de todas as proteínas, do açúcar, gordura, vitaminas e da água, indispensáveis para a saúde do bebê. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, - como os anticorpos -, que conferem ao leite materno a capacidade de proteger a criança de determinadas doenças e infecções (BRASIL, 2009).

Entretanto, as crianças que recebem pouco ou nenhum leite materno nos primeiros dois anos de vida devem ter suas necessidades de energia e de nutrientes supridas por meio de algumas outras fontes de leite, por meio de alimentos complementares e/ou por meio de alimentos adquiridos pela família com essa finalidade (BRASIL, 2010).

Nesses casos, até o quarto mês de vida a criança deve receber alimentação láctea, devendo consumir outros alimentos somente a partir do quarto mês, segundo o esquema exposto na FIG. 3:

**FIGURA 3- Esquema Alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas**

| Menores de 4 meses | De 4 a 8 meses | Após completar 8 meses              | Após completar 12 meses                     |
|--------------------|----------------|-------------------------------------|---|
| Alimentação láctea | Leite          | Leite                               | Leite e fruta ou cereal ou tubérculo        |
|                    | Papa de Fruta  | Fruta                               | Fruta                                       |
|                    | Papa Salgada   | Papa Salgada ou refeição da família | Refeição básica da família                  |
|                    | Papa de Fruta  | Fruta                               | Fruta ou pão simples ou cereal ou tubérculo |
|                    | Papa Salgada   | Papa Salgada ou refeição da família | Refeição básica da família                  |
|                    | Leite          | Leite                               | Leite                                       |

**Fonte:** Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2010).

De acordo com o esquema alimentar exposto na FIG 3, deve-se levar em conta que a alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes, aos alimentos que contêm e que fornecem os nutrientes e à forma como os alimentos são combinados entre si e preparados; diz respeito também à forma de se alimentar e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde, o bem-estar e a segurança alimentar (BRASIL, 2014).

O conceito de segurança alimentar leva em conta três aspectos principais: quantidade, qualidade e regularidade no acesso aos alimentos. Além disso, deve ser preservada a satisfação de outras necessidades essenciais à existência humana. O alimento deve estar disponível e constantemente acessível à população -, que deve ter condição de se alimentar pelo menos três vezes ao dia e não pode ficar exposta aos riscos de contaminação gerados por alimentos estragados ou com prazos de validade vencidos (ROCHA, 2013).

A impossibilidade de prover uma quantidade mínima de alimentos ameaça a confiança materna na sua habilidade de nutrir a prole, podendo causar ansiedade,

melancolia, preocupação ou irritabilidade. Além disso, a falta de nutrientes diminui a energia da própria mãe, refletindo-se no vínculo mãe-filho e reduzindo o nível dos cuidados que estimulam o desenvolvimento físico e mental das crianças. Por isso, o comprometimento da qualidade dos cuidados da mãe, - incluindo a nutrição, a assistência e o estímulo durante os primeiros anos de vida -, pode ter um efeito negativo irreversível no desenvolvimento do cérebro, alterando a trajetória no processo de desenvolvimento do ser humano. Assim, a depressão materna, como consequência ou como causa da incerteza de se contar com a alimentação para a família, pode ser um indicador indireto de que a insegurança alimentar se reflete negativamente na saúde e no desenvolvimento da criança (POBLACION, MARÍN-LEÓN, SEGALL-CORRÊA, SILVEIRA, TADDEI, 2014).

Considerando que a alimentação é um dos fatores principais para o crescimento e o desenvolvimento da criança e para a sua relação com a segurança alimentar, as mulheres-mães adotivas que não podem ou que optam por não oferecer aleitamento materno aos seus filhos do coração podem utilizar a alternativa alimentar descrita anteriormente para garantir tal processo.

## **2.4- Teoria do Desenvolvimento de Winnicott**

O pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott estudou em profundidade a relação mãe-filho. Participou de momentos críticos da política europeia. Grande parte de suas observações teóricas se deve ao trabalho desenvolvido com crianças separadas de suas respectivas famílias durante a II Guerra Mundial, na Inglaterra (SANTOS, 2009).

Elaborou, dentre outras, a Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, um estudo pormenorizado da relação mãe-filho e das influências da família e do ambiente, postulando a interação de processos inatos de maturação com a presença de um ambiente facilitador, desde uma fase de dependência absoluta até a fase de independência humana (OUTEIRAL, 2009).

Um conceito importante elaborado por Winnicott é a preocupação materna primária, descrita como um estado psiquiátrico em que:

gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e, principalmente, ao

final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães se recordam depois de o ultrapassarem. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (WINNICOTT, 2000, p. 401)

Esta mãe, que desenvolve a preocupação materna primária, é denominada mãe suficientemente boa, mãe devotada comum ou ambiente facilitador. A importância do ambiente está em propiciar o desenvolvimento das potencialidades individuais.

Este ambiente (mãe suficientemente boa) é facilitador do desenvolvimento do bebê (processo de maturação) por desempenhar três funções:

- 1-  **Holding** (sustentação): é a possibilidade de sustentar o bebê num sentido amplo da palavra. Este sentido inclui deixá-lo em alguns momentos para que ele possa fazer suas próprias experiências, como a de ser sustentado por outros materiais não-humanos. Quando a enfermeira coloca o bebê no colo da mãe, ela favorece a experiência de *holding*. Caracteriza-se pela maneira como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe e é, ao mesmo tempo, uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. Segurar o bebê, impedir que ele caia, acalantar, aquecer, amamentar -, tudo isso pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de maturação. A integração é propiciada pelo *holding*.
- 2-  **Handling** (manejo): é justamente o modo especial como a mãe manipula o seu bebê e também como o bebê manipula a mãe (WINNICOTT, 1994). É a experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe; é a maneira como o bebê é tratado, cuidado, manipulado. Winnicott observou em seu trabalho com crianças fisicamente doentes que, às vezes, podem surgir problemas psicológicos devido à falta de contato com o corpo. A personalização é propiciada pelo *handling*.
- 3-  **Object presenting** (apresentação dos objetos ou realização): é a mãe estar disponível para as demandas de seu bebê quando e como ele necessitar. Também chamada de realização por tornar real o impulso criativo da criança.



Inclui não só o início das relações interpessoais, mas também a introdução de todo o mundo de realidade compartilhada para o bebê. A mãe começa a mostrar-se substituível e a propiciar ao seu bebê o encontro e a criação de novos objetos que serão mais adequados ao seu atual estado de desenvolvimento. A relação objetal é propiciada pela apresentação dos objetos.

É necessário comentar que Winnicott escreveu que não existe um bebê se não houver uma mãe e que, conseqüentemente, não pode existir uma mãe sem um pai, ainda que, eventualmente, esse papel seja representado pelo pai da própria mãe. Outeiral (2009) considera que a mãe só poderá exercer a preocupação materna primária se houver um pai suficientemente bom. É bem verdade que Winnicott escreveu sobre as relações precoces entre a mãe e o bebê, mas ele inúmeras vezes tratou, também, da questão do pai.

Ou seja, para que a mulher possa exercer a maternagem, função primordial na vida do bebê, precisa do apoio e da presença do pai ou de quem exerça esse papel. Dessa forma, precisamos, na nossa prática assistencial, facilitar e promover, *além da presença da mãe, também a do pai e a da família. Isso tanto para o desenvolvimento psíquico do bebê como para dar suporte à mulher.*

Winnicott intencionalmente utilizava as palavras “suficientemente boa(m)” para a mãe e para o pai, visto que:

pais suficientemente bons podem ser usados por bebês e crianças pequenas, e suficientemente bons significa você e eu. Para sermos coerentes e, assim, previsíveis para os nossos filhos, devemos ser nós mesmos. Se formos nós mesmos, os nossos filhos podem passar a conhecer-nos. Se estivermos representando um papel, seremos certamente descobertos quando nos surpreenderem sem as nossas máscaras (WINNICOTT, 1999, p.141)

Para Winnicott (2008, p.25), a assistência a um recém-nascido é uma tarefa absorvente e contínua, que só pode ser bem executada por uma pessoa — sua mãe.

Porém, a maternagem pode ser exercida, na falta da mãe biológica, de acordo com Winnicott (2000, p.404), pela mãe adotiva que seja capaz de “ficar

doente no sentido da preocupação materna primária”, estando em condições de adaptar-se suficientemente bem, à medida que se identificar com o bebê.

O objetivo dos cuidados maternos não está limitado ao estabelecimento da saúde na criança, mas inclui o fomento de condições para a experiência mais rica possível, com resultados, a longo prazo, na profundidade e no valor crescentes do caráter e da personalidade do indivíduo (WINNICOTT, 2008).

## CAPÍTULO 3

---

### METODOLOGIA

#### Método Narrativa de Vida

Trata-se de estudo de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa preocupa-se com os indivíduos e com os seus ambientes, em suas complexidades, não havendo limites ou controle impostos pelo pesquisador. Desse modo:

baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores (POLIT, 2011)

O método adotado nesta pesquisa foi a Narrativa de Vida, que permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa, o que vai ao encontro do objeto de estudo. Entende-se que, se queremos saber a experiência e a perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter essas informações através da própria voz da pessoa (SANTOS, 2009).

O método Narrativa de Vida utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador (SANTOS, 2009).

A Narrativa de Vida é uma narrativa completa, agradável, de toda a experiência de vida como um todo, focalizando os mais importantes aspectos. Cada Narrativa de Vida deve conter uma visão de mundo pessoal, uma filosofia e um sistema de valores pessoais.

Anteriormente utilizava-se o termo História de Vida, traduzido de *histoire* (em francês) e de *story* e *history* (em inglês), que têm significados distintos. O sociólogo americano Denzin propôs, em 1970, a distinção da terminologia *lifestory* (a estória ou o relato de vida), aquela que designa a História de Vida contada pela pessoa que a vivenciou (BERTAUX, 2010).

Um aspecto interessante a ser ressaltado é que o pesquisador não tem controle da situação; ao contrário, todo estudo é direcionado pelo entrevistado a partir de sua visão de mundo, de como vivenciou os fatos e como eles interagem com o presente. O pesquisador não confirma a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está narrando. Assim, a Narrativa de Vida trabalha com a estória ou relato de vida, ou seja, a história contada por quem a vivenciou (BERTAUX, 2010).

A Narrativa de Vida não é uma progressão ao longo de um *continuum*, mas um vai-e-vem sobre a experiência anterior de um indivíduo ou de um grupo; revela-se estranha a um modelo de sucessão cronológica linear. Em relação ao entrevistado, a Narrativa de Vida constitui um conjunto significativo para sua seleção, seus procedimentos, sua ordem narrativa. Organiza-se apenas com dificuldade a partir de uma reconstrução temporal definida. Corresponde muito raramente a um critério pré-estabelecido que reparte o passado e o futuro em relação a um presente bastante flutuante, o qual derrota a precisão e o final do tempo cronológico (SANTOS, 2009).

Considerando a diferença entre **diacronia** - que se refere à sucessão temporal de acontecimentos, às relações de antes/depois; e **cronologia** - que se refere à datação quanto à data do acontecimento ou quanto à idade -, no transcurso da entrevista há de se oportunizar que o sujeito ofereça os elementos necessários para a reconstrução da diacronia, sem importuná-lo com constantes perguntas sobre as datas precisas sobre este ou aquele acontecimento (BERTAUX, 2010).

Na utilização da Narrativa de Vida, há necessidade de estabelecimento de uma conversação ou de um diálogo entre informante e pesquisador; porém dois aspectos são destacados por Debert (1997). O primeiro é que não se deve impor aos informantes categorias que não lhe dizem respeito, vindas de uma teoria exterior a eles ou ao conjunto de valores próprios do pesquisador. O segundo aspecto é que deve-se dar condições ao entrevistado de levar o profissional a ver outras dimensões e a pensar, de maneira mais criativa, a problemática que ele se propõe a analisar através dos depoimentos.

Considerando que os profissionais da Saúde têm a necessidade de ouvir o cliente, de conhecer o que ele pensa, o que sente e, principalmente, o que precisa,

para que juntos possam negociar o tipo de cuidado de que necessita e que pode ser implementado, a utilização do método Narrativa de Vida possibilita que a assistência prestada realmente atenda às necessidades da clientela, deixando de ser uma atuação imposta de cima para baixo para ser um cuidado discutido com o cliente.

## **Questões Éticas da Pesquisa**

A fim de garantir o cumprimento das questões éticas, este estudo foi submetido à Plataforma Brasil, conforme a Resolução nº 466, de 2012, de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP/UNIRIO), aprovado sem restrições por meio do Parecer nº 890.854 (ANEXO 1). Somente após o aceite dos Comitês, a etapa de campo aconteceu.

Ressalte-se que todas as participantes da pesquisa foram informadas sobre o objetivo, a metodologia e a confidencialidade dos dados; que a participação seria totalmente voluntária, sem qualquer tipo de custo ou compensação financeira, e sobre a possibilidade de cancelarem a participação a qualquer momento que desejassem, sem prejuízo. Depois de lidas as explicações, a participante poderia fazer qualquer pergunta que julgasse necessária para o entendimento da natureza do estudo. Os riscos foram mínimos, já que essas mulheres abordaram assuntos relacionados apenas à adoção de seus respectivos filhos.

Após receberem os esclarecimentos pertinentes ao estudo, as participantes assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

Para garantir o anonimato, os nomes das participantes foram substituídos pela letra M, seguida de algarismo arábico, por ordem de entrevista. Após a transcrição de todas as entrevistas, ocorreu a seguinte ordenação: M1; M2; M3; M4; M5; M6; e M7.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio digital, como forma de obter maior segurança quanto à fidelidade das informações, e posteriormente transcritas.

## **Cenário**

As entrevistas foram agendadas e aconteceram em diferentes cenários: três participantes responderam em suas próprias casas; duas foram entrevistadas em seus locais de trabalho, e, em razão da dificuldade de encontro presencial, uma moradora de Brasília respondeu por telefone e outra, do Mato Grosso do Sul, participou pelo skype.

## **Produção de Dados**

O instrumento adotado para coleta de depoimentos foi a entrevista aberta que, de acordo com Bertaux (2010), deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento, porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida; ele reflete sobre ela, enquanto conta.

Foi utilizado um instrumento (APÊNDICE 2), composto de duas partes: 1ª) Questionário para caracterização dessas mulheres; 2ª) Entrevista aberta com uma única pergunta norteadora: “Fale sobre sua vida em relação à alimentação do seu filho do coração”. A entrevista era encerrada quando, mesmo após questionamento da entrevistadora, a mulher dizia não ter mais nada a acrescentar.

Assim, o período de produção de dados durou três meses, de abril a junho de 2015.

No decorrer da pesquisa em campo, algumas mulheres contatadas não demonstraram interesse em participar. Quando atendiam ao telefone falavam que iriam retornar a ligação depois, mas esse retorno não acontecia. Considerando essa dificuldade, e que experiências com o método de amostragem em "bola de neve" mostraram que ele é efetivo ao penetrar populações escondidas ou difíceis de se encontrar, esse foi o método escolhido (DEWES, 2013).

Para Bertaux (2010), o fenômeno “bola de neve” é onde uma participante indica outra, por julgar que essa outra possui informações interessantes para a pesquisa. Esse artifício é indicado especialmente quando “as pessoas que lhe interessam estão dispersas na população”.

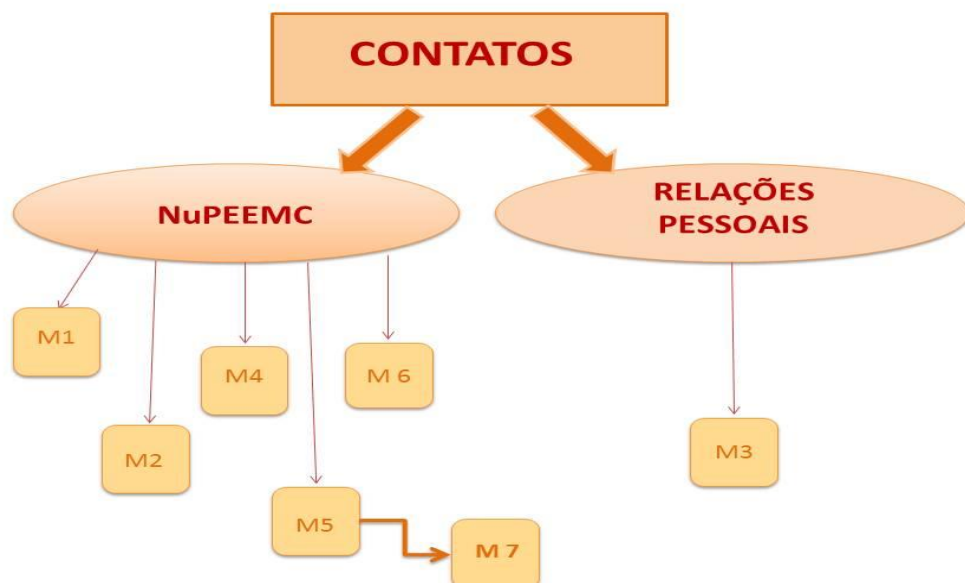
Segundo Dewes (2013), a amostragem em "bola de neve" representa um método que não utiliza um sistema de referências, mas sim uma rede de amigos dos membros existentes na amostra. Esse tipo de método, baseado na indicação de

um ou de mais indivíduos, é também conhecido como "cadeia de referência". As "cadeias de referência" surgem do processo de pessoas recrutarem outras dentre seus conhecidos. Esse conjunto de relações de conhecimento e amizade entre elas é denominado "rede social" pela sociologia, e, assim, o método de "bola de neve" pode ser visto como um meio de percorrer caminhos nessa "rede social".

Uma vantagem dos métodos que utilizam "cadeias de referência" é que, é mais fácil um participante conhecer outros membros da população oculta do que os pesquisadores os identificarem. Além disso, a amostragem por "bola de neve" pode ser muito útil em pesquisas formativas, onde o objetivo é conhecer a população estudada e/ou testar os instrumentos que serão utilizados (DEWES, 2013).

O contato com a primeira participante se deu através de um membro do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC), assim como o contato com M2, M4, M5 e M6. Apenas um contato foi realizado pelo fenômeno "bola de neve" (M7), e, um dos contatos resultou do círculo de amigas da entrevistadora (M3). Para facilitar a compreensão, segue a Caracterização Esquemática das participantes:

**FIGURA 4: Esquema do contato com as participantes**



## **Participantes**

Foram entrevistadas sete mulheres. Como critério de inclusão, foram selecionadas mulheres que adotaram crianças com até seis meses de vida. Após a realização das sete entrevistas, foi atingido o critério do ponto de saturação dos depoimentos, encerrando a etapa da coleta de dados.

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

Para facilitar a compreensão, seguem abaixo o Historiograma das participantes e os dados de identificação das mulheres e dos filhos do coração obtidos na entrevista, distribuídos nos QUADROS I, II e III:



**QUADRO I: Historiograma**

| Participante | Breves relatos de vida   |
|--------------|--|
| M1           | 60 anos. No primeiro contato, por morar em outro estado, foi informada que a entrevista poderia ser realizada pelo skype. Ela preferiu por telefone e assim foi feito. Não possui filho biológico. Tinha o desejo de amamentar sua filha do coração, porém não obteve êxito.                       |
| M2           | 32 anos. A entrevista foi realizada via skype, pois a participante morava em outro estado. Ela não quis que aparecesse sua imagem. Possui um filho biológico e não amamentou seu filho do coração, pois a criança já tinha quatro meses de vida quando foi adotado.                                |
| M3           | 33 anos. A participante foi entrevistada no seu local de trabalho. Possui dois filhos biológicos. Optou por não amamentar seu filho do coração, pois comparou com o tempo que amamentou um de seus filhos biológicos (até três anos de idade).   |
| M4           | 47 anos. A entrevista foi realizada no local de trabalho da participante. Não possui filhos biológicos. Desejava amamentar seu filho do coração, porém não obteve êxito. Falou com muito amor e alegria sobre a criança.   |
| M5           | 59 anos. Não possui filhos biológicos. Possui dois filhos do coração. Não amamentou. Pareceu um pouco desconfortável durante a entrevista, talvez por um de seus filhos estar em casa. Ligou após a entrevista desejando acrescentar na sua fala algo que julgou importante.                       |
| M6           | 57 anos. Teve três filhos biológicos, porém um faleceu com oito meses e outro foi a óbito com horas de vida. Como sofreu acidente automobilístico, não poderia mais engravidar. Possui um filho do coração. Não amamentou e se sentiu frustrada por isso. Relata a todo o momento o medo da perda. |
| M7           | 57 anos. Possui dois filhos biológicos e um do coração. Não amamentou, pois não sabia dessa possibilidade.   |

**Fonte:** Entrevista das participantes do estudo, 2015.

**QUADRO II: Caracterização das participantes**

| Identificação | Idade*<br>(anos) | Situação<br>conjugal | Profissão                              | Religião            | Filhos<br>biológicos | Aborto | Nº de<br>filhos do<br>coração |
|---------------|------------------|----------------------|--|---------------------|----------------------|--------|-------------------------------|
| M1            | 60               | solteira             | médica<br>homeopata                    | espírita            | N                    | S(1)   | 1                             |
| M2            | 32               | casada               | técnica de<br>enfermagem               | evangélica          | S (1)                | N      | 1                             |
| M3            | 33               | casada               | técnica de<br>enfermagem               | católica            | S (2)                | N      | 1                             |
| M4            | 47               | união<br>estável     | técnica de<br>enfermagem               | católica            | N                    | S(2)   | 1                             |
| M5            | 59               | divorciada           | enfermeira                             | católica            | N                    | N      | 2                             |
| M6            | 57               | casada               | do lar                                 | acredita<br>em Deus | S(3)                 | S(3)   | 1                             |
| M7            | 57               | casada               | psicóloga /<br>consultora de<br>beleza | católica            | S(2)                 | N      | 1                             |

**Fonte:** Entrevista das participantes do estudo, 2015.

\* Idade à época da entrevista

### QUADRO III: Caracterização dos filhos do coração

| Identificação | Idade do filho adotado* | Idade quando adotado | Sexo      |
|---------------|-------------------------|----------------------|-----------|
| M1            | 11 anos                 | 2 dias               | Feminino  |
| M2            | 10 anos                 | 4 meses              | Feminino  |
| M3            | 6 anos                  | 13 dias              | Feminino  |
| M4            | 1 ano e 6 meses         | 2 meses              | Feminino  |
| M5            | 31 anos                 | 1 dia                | Feminino  |
|               | 30 anos                 | horas de vida        | Masculino |
| M6            | 19 anos                 | 13 dias              | Feminino  |
| M7            | 30 anos                 | 2 dias               | Masculino |

**Fonte:** Entrevista das participantes do estudo, 2015.

\*Idade à época da entrevista.

## Análise

Segundo Minayo (2014), a expressão Análise de Conteúdo é a mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. No entanto, o termo significa mais que um procedimento técnico, fazendo parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Para Bardin, a Análise de Conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2011)

Dentre as modalidades existentes de Análise de Conteúdo, o processo analítico utilizado foi a análise temática, que “consiste em reportar em cada relato de vida as passagens concernentes a este ou àquele tema, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro” (BERTAUX, 2010).

A noção de TEMA está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase ou um resumo. Segundo Bardin:

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (Bardin, 2011).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação com definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Para análise dos depoimentos foram seguidas as três etapas da análise temática, segundo Minayo (2014):

- 1) **Pré-análise:** Consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.

Pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

*Leitura Flutuante do conjunto das comunicações:* Consiste em tomar contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.

*Constituição do Corpus:* Organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).

*Formulação de Hipóteses e de Objetivos:* em relação ao material qualitativo, a proposta do primado do quadro de análise sobre as técnicas é controversa. Entende-se que há necessidade de se estabelecer hipóteses iniciais, pois, a realidade não é evidente: responde a questões que teoricamente lhe são

colocadas; porém esses pressupostos iniciais têm que ser de tal forma flexíveis que permitam hipóteses emergentes a partir de procedimento exploratório.

Nessa fase pré-analítica determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase); a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro); os recortes; a forma de categorização; a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que irão orientar a análise.

**2) Exploração do Material:** consiste essencialmente na operação de codificação. Segundo Bardin, realiza-se na transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

A análise temática tradicional trabalha essa fase primeiro recortando o texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou um acontecimento, tal como estabelecido na pré-análise.

Em segundo lugar escolhe as regras de contagem, uma vez que tradicionalmente a análise temática constrói índices que permitam alguma forma de quantificação.

Em terceiro lugar, realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que irão comandar a especificação.

**3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação:** Os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Como se pode perceber, a análise temática é bastante formal e sistemática e mantém sua crença na significação da regularidade. Como técnica, ela transpira raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém há variantes na abordagem que, no tratamento dos resultados, trabalha com significados, em lugar de inferências estatísticas.

Os depoimentos foram analisados respeitando-se a individualidade e a especificidade de cada depoente; porém os seus discursos foram agrupados em categorias, de acordo com os temas que emergiram do discurso das mulheres. Os

fragmentos dos depoimentos não devem ser utilizados de forma isolada. Um depoimento só pode ser compreendido re-inserido na história do sujeito, para não interpretar indevidamente a citação (BERTAUX, 2010). Só a partir do significado atribuído pelos depoentes à sua própria história de vida o pesquisador pode determinar a orientação teórica do estudo.

É importante frisar que as categorias de análise não foram determinadas antes do trabalho de campo; foram construídas a partir dos dados coletados nas entrevistas (BERTAUX, 2010).

A principal vantagem do método Narrativa de Vida:

É garantir que a tendência observada ou os fatos considerados dignos de interesse científico são os apontados pelos próprios sujeitos, e não aqueles que o pesquisador, de fora *a priori*, achava que iria encontrar (GLAT, 1994, p.16)

Para construção das categorias, foi utilizada a técnica de recorte e colagem. Durante a leitura flutuante de todas as entrevistas, a pesquisadora anotou suas impressões sobre o tema a lápis, nas laterais do texto transcrito. Numa segunda leitura apropriou-se das falas, na íntegra; destacou, recortou e colou a fala em uma folha de papel pardo e colocou um título, fazendo um cabeçalho na parte superior. Por exemplo: Introdução à fórmula. Depois, buscou identificar nas entrevistas se havia outra fala que se aproximasse dessa. Realizou, portanto, a CODIFICAÇÃO e, assim, emergiram 23 UNIDADES TEMÁTICAS com a seguinte recorrência:

#### QUADRO IV: Codificação e recorrência

| Unidades                  | Recorrência    |
|---------------------------|----------------|
| Amamentação cruzada       | M1; M6         |
| Mamadeira                 | M1; M4; M5     |
| (NÃO) Preparo para adoção | M1; M2; M5; M6 |

|  |                     |
|--|---------------------|
| Cuidados com os dentes                 | M2; M6              |
| Introdução de alimentos sólidos        | M2; M3; M4; M6      |
| Características do filho do coração    | M2; M4; M6          |
| (NÃO) Proteção do leite materno        | M5;                 |
| Orientação do profissional x Família   | M4                  |
| Ajuda de outras pessoas                | M6;                 |
| Processo alérgico x Alimentação        | M1; M5; M7          |
| Orientação/acompanhamento profissional | M3; M4; M7          |
| Sucção não nutritiva                   | M1; M4; M6          |
| Introdução de fórmula/leite de vaca    | M1; M2; M3; M5; M7; |
| Diversidade na alimentação             | M4; M7              |
| Desejo de adotar                       | M6;                 |
| Verdade sobre adoção                   | M5; M6;             |
| (NÃO) Desejo de amamentar              | M3; M5; M6;         |
| Tentativa de amamentar                 | M1; M4;             |
| A adoção                               | M6; M7              |
| Medo da perda                          | M6                  |
| Religião                               | M6                  |
| (NÃO) Acesso à informação              | M1; M4; M7          |
| Comparação com outro membro da família | M4                  |

Após a codificação, a pesquisadora realizou uma nova leitura das entrevistas, na íntegra, comparando-as com as unidades temáticas, identificando a possibilidade de descobrir novos temas e a forma de como realizar os agrupamentos das unidades temáticas. Após esse exercício, detectou cinco AGRUPAMENTOS que são chamados de RE-CODIFICAÇÃO.

**PRIMEIRO AGRUPAMENTO: Motivação da adoção**

- Desejo de adotar

**SEGUNDO AGRUPAMENTO: Processo de adoção**

- (Não) Preparo para adoção;
- Verdade sobre adoção;
- Medo da perda;
- Religião;
- A adoção;
- (Não) Acesso à informação;
- Ajuda de outras pessoas;
- Características do filho do coração.

**TERCEIRO AGRUPAMENTO: Aleitamento materno**

- Amamentação cruzada;
- Tentativa de amamentar;
- (Não) Desejo de amamentar;
- Sucção não nutritiva;
- (Não) Proteção de leite materno.

**QUARTO AGRUPAMENTO: Leite de vaca/fórmula/mamadeira**

- Processo alérgico x alimentação;
- Mamadeira;
- Introdução de fórmula / leite de vaca.

**QUINTO AGRUPAMENTO: Alimentos sólidos**

- Introdução de alimentos sólidos;
- Diversidade na alimentação;
- Orientação/ acompanhamento profissional;
- Orientação do profissional x família;
- Comparação com outros membros da família;



- Cuidados com os dentes.

Após o agrupamento foi realizada nova leitura e, assim, emergiram duas categorias analíticas:

- 1) Os caminhos para a chegada do filho do coração;
- 2) A alimentação do filho do coração.

**FIGURA 5: Esquema de Análise**



## CAPÍTULO 4

---

### ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE VIDA

A trajetória de aproximação com o objeto deste estudo ocorreu por meio da leitura das Narrativas de Vida das participantes. O agrupamento de suas narrativas em categorias forneceu elementos para uma leitura da experiência vivenciada do processo de alimentação do filho do coração.

As duas categorias analíticas deste estudo foram construídas utilizando-se a diacronia da Narrativa de Vida das entrevistadas e tendo como fio condutor a alimentação do ponto de vista da mulher. Então, na primeira categoria, aborda-se o preparo para a chegada do filho do coração. Na segunda, de que forma foi a alimentação desse filho do coração.

#### **1ª Categoria: Os caminhos para a chegada do Filho do Coração**

Nesta categoria esta pesquisa apresenta a trajetória do processo de adoção descrito pelas participantes, que emergiu das Narrativas de Vida.

Adoção é uma invenção social que permite o estabelecimento de relações do tipo pais-filhos entre pessoas que não estão ligadas biologicamente. Se bem conduzida, a adoção proporciona à criança imagens parentais com quem pode se identificar. A criança que recebe todos os ingredientes necessários para o desenvolvimento da personalidade pode crescer normalmente. O amor e a aceitação dos pais adotivos formarão a base para a estabilidade e a produtividade na sua vida futura (LEVINZON,1999).

Segundo Winnicott (2008), se um bebê não pode ser criado pelos seus pais biológicos, o melhor que pode acontecer a ele é ser adotado e criado como uma pessoa da família. A ideia de que um jovem ser humano pode ser criado em uma instituição, mesmo numa boa instituição, e automaticamente se transformar num ser humano maduro, foi refutada há muito tempo. A tendência interna para o desenvolvimento e o complexo crescimento emocional de cada bebê requer certas

condições e essas condições não podem ser expressas em termos de bons cuidados corporais.

Uma criança precisa ser amada e as razões para isso podem ser expostas claramente. Não significa que um ser humano pode ser criado pelo meio ambiente ou por bons cuidadores, ou inclusive pelo cuidado amoroso dos pais, e sim que o cuidado amoroso é necessário para os processos inatos do crescimento emocional (WINNICOTT, 2008).

A adoção é a última fase para se preservar e resgatar a convivência familiar de uma criança ou de um adolescente e visa, em primeiro lugar, consolidar-se como a solução que melhor atenda aos interesses do adotado, proporcionando ambiente familiar saudável e favorável ao desenvolvimento de quem, por algum motivo, ficou privado da sua família biológica. A criança deve ser vista realmente como um filho que se decidiu ter (BAUMKARTEN; BUSNELLO; TATSCH, 2013).

A adoção envolve a importância da família no desenvolvimento infantil, pois, é junto à família que as questões sociais e afetivo-emocionais se estabilizam, criando-se os vínculos necessários para assegurar a formação do indivíduo. Esse vínculo, além da importância da família, também está relacionado à alimentação da criança adotada (BAUMKARTEN; BUSNELLO; TATSCH, 2013).

A criança pode ser adotada após o nascimento ou muito depois, e isso parece ter bastante ressonância no desenvolvimento de sua personalidade e no estabelecimento de suas relações objetivas (LEVINZON, 1999). Há estudos que mostram claramente como é importante, para a saúde mental de um bebê, que ele seja adotado logo após o nascimento. Não há outro meio de possibilitar a continuidade dos cuidados maternos à criança e quase todos os outros meios são falhos, até mesmo para garantir que a criança receba algum cuidado (BOWLBY, 2006).

A adoção pode ser definida como o estabelecimento de relações parentais entre pessoas que não estão ligadas por vínculos biológicos diretos. É uma forma de proporcionar uma família às crianças que não puderam ser criadas pelos pais que as geraram. Constitui-se também na possibilidade de ter e de criar filhos para pais que não puderam tê-los biologicamente ou que optaram por cuidar de uma criança com quem não possuíam ligação genética. Deste modo, as relações parentais que se

formam na família adotiva baseiam-se mais especificamente nas intersecções afetivas que caracterizam os seus membros do que na continuidade biológica, que não existe nesses casos (LEVINZON, 2006).

Há uma ampla gama de motivos que levam um casal a adotar uma criança. A esterilidade de um ou de ambos os pais; a morte anterior de um filho; o desejo de ter filhos quando já se passou da idade em que isto é possível biologicamente; o anseio de serem pais, por parte de homens e de mulheres que não possuem parceiro amoroso; o desejo de ter filhos sem ter de passar pelo processo de gravidez, por medo desse processo ou até por razões estéticas (LAGE; SANTOS; NAZARETH, 2014).

Segundo Levinzon (1999), por vezes a adoção responde à procura de uma criança como substituta de um filho morto. Este pode ter sido o caso de M6, que sofreu a perda de dois filhos biológicos:

“Com relação à vontade de adoção, eu já perdi dois filhos. Um menino e uma menina. [pausa] é a pior dor do mundo você sepultar filho.[...]depois eu estava me preparando para engravidar, eu sofri um acidente. Então a primeira coisa que os médicos me falaram [...]você não pode mais ter filho. Que bom que vocês têm uma. [pausa] Primeira coisa que passou pela minha cabeça, filho não é só aquele que você gera. [pausa] Então a partir daquele momento ali, eu falei, “não, eu vou ter filho sim”. [...] Ele [marido] também, “ah, nós vamos adotar, não vamos ficar com uma só”. (M6)

Com respeito ao relacionamento fraterno, é importante ressaltar ser fundamental que os pais criem um espaço adequado no seio familiar para reconhecer as singularidades de cada filho, respeitando as diferenças e as origens biológicas, seja na configuração de famílias com filhos biológicos e adotivos, seja na adoção de irmãos, não importando a ordem de parentalidade (CECÍLIO & SCORSOLINI-COMIN, 2013).

A adoção não é um processo que se limita aos cuidados supridos pelas figuras parentais, mas envolve e mobiliza o restante da família, em particular os filhos mais velhos. Como destacado pela teoria Winnicottiana, o ambiente suficientemente bom, inicialmente constituído pela mãe, amplia-se a partir da inclusão do pai, da família como um todo, - no caso os irmãos -, e de toda a sociedade. É preciso que os filhos mais velhos também “adotem” o irmão adotivo, o que se traduz, no cotidiano, no provimento de afeto, proteção, segurança e cumplicidade. Esses cuidados ajudam a consolidar o ambiente suficientemente bom e confiável, necessário para sustentar o amadurecimento da criança (OTUKA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012).

A literatura acerca da adoção comumente não diferencia famílias constituídas apenas pela parentalidade adotiva de arranjos familiares “mistos”, isto é, configurados por vínculos de parentesco consanguíneo ou adotivo. Embora menos frequentes no universo da adoção, esses arranjos não são tão incomuns (OTUKA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012). Como foi o caso da participante M7, que optou por adotar, embora já tivesse um filho biológico e a possibilidade de engravidar, - o que aconteceu após a adoção de seu filho.

“Eu já tinha um filho e, na verdade, eu sempre quis ter mais filhos. E apareceu essa oportunidade e na verdade eu achava muito natural a gente adotar né? É, assim, para mim eu não tinha diferenças entre adotar ou não. Eu podia ter mais filhos. Tanto que depois eu engravidei, tive mais um. E tive mais um assim, a minha programação poderia ser adotivo o outro filho também.”  
(M7)

Preparar-se para ter um filho, seja ele biológico ou adotivo, exige uma reflexão sobre os riscos, desejos, medos, motivações e expectativas. Necessita que os pais estejam cientes dos próprios limites e possibilidades (HUBER & SIQUEIRA, 2010).

No caso das mães biológicas existe um período muito útil de nove meses, ao longo do qual há tempo suficiente para que ocorra uma transformação importante na

mulher, que pode então passar de um tipo de egoísmo para outro. O mesmo se observa com relação aos pais, e, assim também acontece com aqueles que decidem adotar um bebê, que ficam entusiasmados e atingem um ponto em que é preciso que o bebê se materialize. Esse período de preparação é de extrema importância (WINNICOTT, 2013) porque, infelizmente, por vezes, há um desapontamento, pois, quando o bebê é encontrado, quem está adotando não tem mais certeza de que quer adotar.

Sendo assim, as mulheres podem estar ou não preparadas para adotar. Geralmente as inscritas nas filas de adoção têm maior possibilidade de se preparar para a chegada do filho do coração. Essa preparação dos pais é necessária, pois, assim, os adotantes têm a possibilidade de pensar sobre suas motivações, expectativas, medos e desejos, dentre outros aspectos, tomando consciência dos limites deles próprios, bem como das responsabilidades inerentes à maternidade/paternidade adotiva. É necessário que os adotantes consigam distinguir suas reais motivações conscientes e inconscientes para a adoção, visto que são aspectos essenciais no indicador da qualidade da relação futura entre adotantes e adotandos (COSTA & KEMMELMEIER, 2013).

Enquanto os pais estão na fila de espera, encontram-se ansiosos, necessitando de um espaço de acolhimento, que geralmente não encontram, pois, o ambiente em que estão inseridos é apenas aquele em que são cadastrados, examinados, investigados e interpretados de acordo com os deslizes de seus relatos verbais. Durante esse processo, diferentes aspectos podem ser percebidos na vivência das famílias durante a espera na fila, tais como a ansiedade e o temor versus necessidade de segurança; a demora na conclusão do processo; a exposição versus proteção (COSTA & KEMMELMEIER, 2013).

Em virtude dessas diferentes informações, podemos perceber que os adotantes vivem a fase de espera com uma tensão carregada de expectativas, preocupações e esperanças. Como foi o caso da participante M1, que desejava amamentar seu filho do coração e que, nesse tempo de espera chegou a engordar para tentar amamentá-lo:

“[...] Mas eu gostaria muito de ter amamentado. Era uma coisa que eu queria muito, muito, muito mesmo. Cheguei a engordar

porque era necessário para ter um tecido gorduroso adequado para favorecer a produção de leite, nove, dez quilos em questão de um mês. Foi eu saber que ia recebê-la e pegá-la. Então assim, eu fiz tudo, todo o preparo para isso.” (M1)

Entretanto, no Brasil, também ocorre a prática de adoções irregulares, as chamadas adoções à brasileira. Nesse tipo de adoção um casal registra filho, um alheio como se fosse seu próprio filho, burlando, assim, as etapas de uma adoção regular e lícita. Essa falsificação do registro de nascimento da criança ou do adolescente pode ser em relação a um dos pais ou em relação aos dois pais biológicos (DIAS, 2015).

Assim, ainda que a adoção à brasileira tenha início por uma prática ilegal, o vínculo parental que é formado entre o adotado à brasileira com seus pais é o mesmo vínculo que essa criança formaria com outro casal que o tivesse adotado seguindo os procedimentos legais (DIAS, 2015).

Esse foi o caso da participante M6 - embora a participante e seu marido tivessem vontade de adotar, ocorreu uma adoção à brasileira, de forma inesperada. Desse modo, não houve um preparo e inicialmente ocorreu uma insegurança alimentar, uma vez que essa família não dispunha de alimentos básicos quando recebeu em casa a sua filha do coração. Como está exposto no trecho abaixo:

“[...] E eu não tinha nada de criança em casa, leite, nada, nada, nada. [...] Eu cheguei com ela em casa, com ela toda molhada, com paninhos todos molhados. [...]. A única coisa que a gente tinha em casa era a erva-doce para fazer chazinho. Não tinha fralda, não tinha nada. Então a alimentação dela na primeira noite foi chá de erva-doce a noite toda.[...] Porque eu não tinha roupa, eu não tinha alimentação [...] Então, ela fazia muito xixi por causa do chá de erva-doce. [...]. Eu fui tirando toalha para embrulhar ela. Quando eu vi que não tinha mais toalha eu comecei pegar roupa de cama, para não deixar ela molhada. [...] as roupas de cama também foram tudo. Aí eu comecei a pegar

roupa minha, vestido, essas coisas, blusa para agasalhar ela. [...]”  
(M6)

É necessário que as famílias que pretendem adotar estejam preparadas psicologicamente para este acontecimento marcante, já que se sabe que a amamentação exerce um papel muito importante no desenvolvimento do bebê. Além de ser a forma mais saudável de alimentação, proporciona um correto desenvolvimento do sistema estomatognático e fortalece os laços afetivos entre a díade mãe-bebê (SANTANA; MORONI; ALPINO; PORTO, 2014).

O ato de amamentar envolve não apenas o impulso biológico, mas também aspectos sociopsicoculturais, sendo cercado por diversas crenças e mitos. Crença diz respeito ao ato de crer, ou seja, de tomar algum conceito como certo; mito, nesse contexto, é entendido como significação simbólica, transmitida por gerações por determinado grupo, sendo considerada verdadeira por seus integrantes (BROTTO et al, 2015).

Se obtivesse mais pesquisas referentes à possibilidade de amamentação por mulheres-mães adotivas, e essa informação fosse mais divulgada, a chance das mulheres-mães adotivas amamentarem seus filhos do coração aumentaria. Como foi relatado por M1 e M7:

“Tive dificuldade para acessar inclusive sites que falassem da amamentação de mães adotivas. E procurei muito assim, entendeu? Para achar alguma coisa relacionado. [...] Que as informações sejam mais fáceis, que existam grupos de apoio, alguma coisa assim. Torço para que isso aconteça.” (M1)

“Ele não teve uma adoção de leite materno, porque eu na época, eu não sabia que eu poderia tentar essa alternativa. Então não tentei. Porque se eu soubesse disso, [...] a diferença dele para o terceiro, ele é o filho do meio, é de onze meses. Então eu fiquei grávida quando ele era muito pequenininho. Então eu poderia realmente ter tentado. Mas não se falava disso nessa época. Então, eu nem tentei.” (M7)



Os profissionais de saúde do Banco de Leite Humano (BLH) podem divulgar essa possibilidade, já que atuam num serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Esses profissionais podem apresentar a possibilidade da amamentação através da técnica da translactação. Porém, o BLH não está presente em alguns municípios, principalmente no interior, como foi relatado por M6:

“Então ela teve as mães de leite dela, porque lá não tem o banco de leite, né?” (M6)

Alguns pais adotivos se sentem inseguros e têm medo de que seus filhos venham a deixá-los. Em função disso, têm dificuldades em permitir que suas crianças vivam as experiências normais de separação, características de cada fase. Esse medo pode aparecer no início da adoção ou depois. É como se eles sentissem continuamente que sua relação com o filho corre perigo (LEVINZON, 1999).

O exercício da parentalidade adotiva se dá em meio a temores e fantasias de perda, ainda mais quando abordado o contexto das chamadas adoções prontas ou diretas (OTUKA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012).

Essa mãe pode tanto ter medo de perder a guarda da criança adotada para a mãe biológica como pode temer a morte do filho do coração, como foi exposto por M6:

“Todas as vezes que eu saía com ela, eu tinha medo de encontrar a mulher que gerou ela, e a mulher reconhecer. Então essa foi a maior dificuldade da minha vida. Com uns três meses, teve uma festa no clube que era de frente para minha casa. Teve um churrasco da empresa que meu marido trabalhava. Ela estava no carrinho. [...] “Olha, tira tua filha daqui agora!”, eu falei: “Por quê?” Ela: “você está vendo aquela moça lá do lado olhando ela?” Aí eu falei: “tá, e daí?”. “É a mãe dela”. Eu fiquei, assim, desesperada. Puxei o W. [marido] peguei a T., meu Deus, “vambora, vambora, vambora” . [...] Então a minha maior

dificuldade durante o tempo que ela era pequena, era esse [...]. A minha maior dificuldade é o medo da perda.” (M6)

Talvez por perdas anteriores, M6 teve muito medo de a filha do coração morrer, quando, durante um episódio de febre, a criança recebeu uma superdosagem de antitérmico em casa, necessitando de intervenção hospitalar:

“Eu já tinha colocado as gotinhas debaixo da língua dela. A menina foi e colocou de novo. A hora que eu entrei no quarto, ela estava molhadinha de suor. Eu coloquei a mão nela, sem febre. Eu peguei ela, eu falei: “Tata, T.” ela parecia um trapo. Teve hipotermia, acho que alguma coisa assim. [...]eu corri com ela para o hospital, cheguei no hospital a Dr<sup>a</sup> M. veio, colocou ela lá. Tentava pegar a veia dela e não conseguia. [...]Eu cheguei, empurrei todo mundo, peguei ela. [pausa]. Eu peguei ela, trouxe ela aqui [mostrou posição de abraço] e falei: “T. pelo amor de Deus, minha filha, não faz isso comigo” ela voltou na mesma hora. Aí ela reagiu. Eu falei: “meus Deus, não deixa isso acontecer, de novo não, eu não aguento”. (M6)

Os pais de filho adotivo muitas vezes se sentem inseguros também sobre os vínculos afetivos desenvolvidos entre eles. E ficam fantasiando que um dia o filho vai desejar conhecer os pais biológicos e, que, se esse encontro acontecer, o ‘sangue’ poderá falar mais alto e o filho poderá optar pela família “de sangue” (MAUX & DUTRA, 2010).

Temendo a rejeição, muitos pais decidem não contar à criança sobre a origem dela, optando muitas vezes por criar histórias fantasiosas com o intuito de manter a adoção em segredo. As mentiras criadas para preencher as lacunas na história do filho são uma das consequências de não se revelar a verdade. (MAUX & DUTRA, 2010).

Saber quando contar à criança que ela é adotada é um aspecto difícil para os pais adotivos. Autores como Levinzon (1999) enfatizam a importância de contar

sobre a origem desde que a criança adotiva começa a perguntar “De onde eu vim?”, de maneira a estabelecer com ela um relacionamento aberto e honesto, possibilitando assim um melhor ajustamento a essa condição.

Esse mesmo autor diz que quanto mais fácil for para os pais aceitar a condição de pais adotivos, melhores serão as condições para a criança entender e aceitar-se como filho adotivo. Se os pais puderem discutir a situação de adoção abertamente, sem medo, sem culpa ou embaraço, em vez de esconder o assunto ou de esperar uma oportunidade específica para revelar a verdade, naturalmente ela será aceita (LEVINZON, 1999).

Há evidências de que a criança já suspeita ou intui o fato, antes mesmo de lhe revelarem sobre a adoção, como ocorreu com a participante M5:

“Assim, quando eu fui contar para eles que eles eram adotados, a impressão que dava era que eles já sabiam, entendeu?” (M5)

A participante M6 optou por falar a verdade quando a sua filha do coração começou a frequentar a escola, conforme o trecho abaixo:

“Quando ela começou a estudar e a ir para o colégio, eu falei: agora chegou a hora. Então, assim, aos poucos, eu já fui começando a conversar com ela. [...] Porque eu nunca quis que ela soubesse pela boca de outras pessoas, de uma forma errada, do jeito que eles quisessem falar. Ela tem que saber a verdade. Ela tem que saber a verdade dela, a história dela. E quem conhece a história dela, é eu e o pai dela. [...] E se algum dia você tiver vontade de conhecer, de querer saber na verdade quem é sua mãe.[...] se um dia você quiser conhecer, é só você falar. Eu não vou te privar disso não. Então ela sabe de toda a história dela.” (M6)

Flexibilidade e capacidade de encarar a verdade são qualidades nitidamente desejáveis para que os pais possam falar à criança sobre sua adoção, prática esta

que todos consideram essencial, pois, mais cedo ou mais tarde a criança descobrirá a verdade. Desde que os próprios pais sejam capazes de admitir a realidade e não precisem agarrar-se, por razões pessoais, à fantasia de que geraram aquela criança, não haverá maiores dificuldades em educar, desde os primeiros anos, uma criança que sabe ter sido adotada (BOWLBY, 2006).

Falar a verdade evita que a criança tenha sua adoção revelada por outros e que ela venha a condenar a conduta dos pais (LEVINZON, 1999).

O que se construiu foi um mosaico com as motivações da instância do consciente ou do inconsciente para a chegada de um filho do coração. Como não há um caminho único, este estudo reafirma a necessidade de todos os profissionais de saúde, em especial os da equipe de Enfermagem, que assistem a essas mulheres, manterem uma comunicação efetiva para possibilitar o conhecimento da sua Narrativa de Vida e, dessa forma, prestar decisões assistenciais apoiadoras e facilitadoras. Ou seja, desde o desejo, do tempo de espera, da concretização da adoção até a revelação, à criança, sobre a sua condição de adotada, para que a mulher possa exercer a maternagem suficientemente boa.

## **2ª Categoria: Alimentação do Filho do Coração**

Nesta categoria apresentam-se as diferentes formas de alimentação do filho do coração descritas nas Narrativas de Vida.

A alimentação, além de suprir as necessidades fisiológicas do ser humano, tem importância no desenvolvimento psíquico-social, principalmente nos primeiros dois anos de vida. A alimentação é uma das funções primordiais da maternagem, contribuindo sobremaneira para a formação de vínculo entre o cuidador e o bebê.

A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, vai-se construindo por meio de interações sucessivas. Por isso, quanto mais oportunidades de interação ocorrerem entre mãe e bebê, mais apropriado será o vínculo e, conseqüentemente, melhor será a resposta materna às necessidades do filho. Uma das principais interações que fortalecem o vínculo mãe-bebê é a amamentação (IBFAN, 1999).

Não há a menor dúvida de que, atualmente, um número enorme de pessoas se desenvolveu satisfatoriamente sem que tenha passado pela experiência da amamentação. Isto significa que existem outras formas através das quais um bebê pode experimentar um contato físico íntimo com a mãe (WINNICOTT, 2013).

Ao dar início ao processo de adoção, principalmente se a preferência for por crianças menores de seis meses de vida, essa família precisa refletir sobre como será a alimentação da criança que vai chegar. A alimentação abrange as relações mãe-bebê; é um ato que coloca em prática a demonstração de amor entre dois seres humanos, promovendo o vínculo afetivo. E esse vínculo deve se desenvolver satisfatoriamente para que a alimentação materna transcorra bem (WINNICOTT, 2008).

Apesar de nenhuma das participantes ter amamentado seu filho do coração, duas tentaram, porém sem êxito, como observado na fala de M4 e de M6, quando seus filhos eram recém-nascidos:

“Quando ela foi para casa, a primeira coisa que eu fiz foi colocar ela no seio. E falei, se por acaso eu produzisse algum leite, ela ia mamar. Mas, ela usou o meu seio como uma sucção não

nutritiva [...] Assim, eu me sentir mãe, e ela ter também um seio, que ela nunca mamou, né? [...] Então essa coisa de aproximar mais a gente entendeu? [...] Eu achei isso muito importante.” (M4)

“E quando eu dava uma chuquinha de erva-doce e colocava ela no meu peito para ver se, porque eu queria amamentar ela. Eu quis muito amamentar ela. Aí eu tirava a chuquinha, eu colocava ela no meu peito. Tirava de um, passava para o outro. Ela dormia. Com a boquinha sugando meu peito. Só que não consegui.” (M6)

Já M5 tentou amamentar a pedido da filha já mais velha:

“A minha filha, não, depois, maiorzinha. Ela pediu para sugar o meu peito, né? Aí eu deixei. Ela teve essa curiosidade.[...] Assim, eu tinha vontade, mas, a forma que foi, não tinha como me preparar para isso.[...]” (M5)

Uma das especificidades para a mãe de um segundo filho é dar lugar ao novo, ou seja, ela precisa construir para o bebê um lugar emocional específico na família. Assim, o modo como a transição para a maternidade de cada filho ocorre vai impactar de modo significativo tanto a mãe quanto a criança. Nesta transição, a mãe pode ter dificuldades para se adaptar às necessidades do novo bebê, pois, assim como não há dois bebês iguais, a mãe também é diferente com cada criança (ESTEVES *et al*, 2013).

A participante M3, que viveu a experiência de amamentar um dos seus filhos biológicos por até três anos e três meses, optou por não amamentar, apesar de saber que existia essa possibilidade.

“Na realidade eu sabia que eu podia amamentar. Tanto que meu marido queria que eu amamentasse, mas assim, o meu filho anterior largou o peito com três anos e três meses. Eu falei: ah! não vou amamentar esse tempo todo de novo não. [...] Foi opção minha não querer amamentar.” (M3)

Segundo Marques, Cotta & Priori (2011), a prática da amamentação associada ao amor materno é uma crença cultivada até os dias de hoje. As mulheres valorizavam o aleitamento materno por ser esta uma prática que oferece, além do alimento, afeto e proteção à criança, sendo então considerada “o melhor para o bebê”. Entretanto, esse valor pode levar a mulher a associar, em grande medida, a sua competência como mãe à capacidade de amamentar o seu bebê.

Portanto, não é surpresa o fato de ainda neste século haver discursos que evidenciam a “culpabilidade” imposta à mulher que não amamenta - como se a mãe fosse a única responsável pelas consequências da prática do desmame, sem avaliar os fatores que influenciaram essa decisão. Há mulheres que, se não conseguirem amamentar, poderão se frustrar, como é o caso de M5 e de M6.

“Pra mim foi bom [pela tentativa de amamentar] e frustrante ao mesmo tempo, né? Foi bom e ao mesmo tempo fiquei frustrada por não ter feito [conseguido].” (M5)

“Eu só sinto muito, fico pensando porque que eu não consegui, né, amamentar ela. Porque eu já ouvi falar que muitas mães conseguem. Eu tentei quatro meses e não consegui. [...] Então, dificuldade, só ficou a frustração de não ter conseguido amamentar ela.[...] Mas essa frustração eu carrego até hoje de não ter amamentado ela.”(M6)

Quando não conseguem amamentar seus filhos, sejam biológicos ou adotivos, algumas mulheres optam pela amamentação cruzada - aquela em que uma lactante amamenta o filho de outra mulher. Esse tipo de amamentação era

uma solução muito comum na nossa sociedade. Por essa razão vem o nome das amas de leite ou mães de leite - mulheres que amamentam criança alheia quando a mãe natural está impossibilitada de fazê-lo.

Porém, atualmente, com o avanço dos estudos, sabe-se que o leite materno pode transmitir agentes infecciosos. Por isso é contra-indicada a amamentação cruzada e o uso de qualquer leite materno com pasteurização domiciliar, em razão dos riscos potenciais para transmissão do HIV (BRASIL, 1993, 2003).

Mais do que um fato social ou fenômeno biológico, a amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura (ALMEIDA, 1999). Logo é uma prática enraizada na sociedade. Apesar das recomendações dos profissionais de Saúde, ainda ocorrem casos, como as experiências narradas por M1 e por M6:

“E aí a gente fez uma tentativa com uma moça que tinha um bebê, um garotinho já de dois anos [...] E ela ainda o amamentava. [...] Eu pedi que ela desse de mamar para minha filhinha. Só que eu percebia que ela acabava de mamar, a moça ia embora. E ela fica mais de uma hora mamando, duas horas e a barriguinha ficava dilatada mesmo e aí a moça ia embora e ela começava a chorar. Eu acho que não estava, não tinha matado a fome.” (M1)

“Em questão de umas duas horas chegou, duas pessoas, duas mães de leite para ela. A S. e a P., são pessoas assim, que eu não vou esquecer nunca. [...]. Então o leite materno veio das duas. Até ela completar se não me engano seis, quatro meses, [...] Agradeço a Deus por elas terem amamentado a minha filha. O que eu não pude fazer, elas fizeram por mim.” (M6)

Aproximadamente na década de 1980, publicaram-se pela primeira vez estudos que comprovaram a importância do aleitamento materno exclusivo,



destacando a redução do risco de morbidade e de mortalidade infantil (KRUEL & SOUZA, 2014). Além disso, previne infecções respiratórias, diminui os riscos de alergias e evita diarreia (BRASIL, 2009).

Ao estarem cientes de todos os benefícios, as participantes M1e M5 se preocuparam por seus filhos do coração não terem recebido leite materno:

“Sempre tive um cuidado e minha preocupação, inclusive por ser médica, era assim o desenvolvimento de processos alérgicos nela. Pelo leite de vaca muito precoce e tal. E ela veio para mim já com processo alérgico. Ela veio com candidíase, deve ter sido hospitalar ou alguma coisa assim. E eu tinha que fazer todo um tratamento homeopático com ela seriíssimo para controlar isso. [...] E teve que tomar o leite de vaca, eu fiquei mais preocupada ainda. Mas aí eu cerquei por todos os lados assim, ela só veio ver alguma coisa industrializada fora do leite, depois de três, quatro anos. [...] Tanto é que hoje ela é uma criança que nunca teve nada, bronquite, nada, nada. Ela é extremamente saudável. Apesar de ter tomado leite de vaca desde bebê.” (M1)

“Eu me senti assim, insegura com medo de cólica. Principalmente por não usar o leite materno, mas a minha filha não teve problema nenhum de cólica. Nenhum. Só que pelo fato dela não ser, com leite materno, eu passei a ter alguns cuidados, não com relação à alimentação. [...] Eu vacinei ela antes, principalmente sarampo. Fiquei um mês sem sair de casa. Pelo fato dela não ter a proteção do leite materno e não sei se tem relação, ela teve coqueluche antes dos seis meses. [...] O meu segundo filho, tive esses mesmos cuidados de vacinar antes, não sair durante um mês e ele teve rubéola antes dos seis meses. [risos] [...] Sendo que ele no primeiro dia, ele teve cólicas assim, sabe? Muita cólica, de ter que chamar o pediatra urgente porque ele não parava de chorar. Aí ele trocou o leite, agora não

lembro qual foi, trocou, aí melhorou. E ele também teve uma questão de absorção do leite. Que ele evacuava muito, em grande quantidade. Aí eu tive que passar a fazer o leite dele na água de arroz. Que aí ele melhorou.” (M5, dois filhos do coração)

Kruel & Souza (2014) reforça que, para Winnicott, inúmeras pessoas já alcançaram seu desenvolvimento pleno sem terem tido a experiência de serem amamentadas no seio materno, pois existem outras maneiras de um bebê experimentar o contato físico íntimo com sua mãe. Além disso, para a constituição psíquica, o ato de segurar [*holding*] e de manipular [*handling*] o bebê são mais importantes do que a experiência concreta da amamentação. Algumas crianças que foram amamentadas de forma aparentemente bem-sucedida apresentam carências em seu processo de desenvolvimento claramente observáveis, o que resultou do fato de terem sido manipulados e segurados de forma insatisfatória.

A mulher-mãe, ao optar por outra forma de alimentar seu filho, também pode transmitir carinho, amor e estreitar os laços afetivos com seu filho, utilizando-se de outras formas de contato, como mantê-lo próximo ao próprio corpo, além do olhar e da forma de falar, entre outras. Como foi o caso da participante M5, que apesar de não ter amamentado seu filho do coração, preocupou-se com o contato pele a pele no momento de alimentá-lo, conforme fica evidente em sua fala:

“Porque sempre que ia amamentar, é, dar de mamar, dar mamadeira, né? Eu tirava a roupa, entendeu? A blusa, para ter um contato maior comigo, como se tivesse fazendo a amamentação, né? E sempre cantava uma musiquinha para eles, onde eu falava que eles eram filhos do coração e o quanto eu amava. [...]. Eu fiz até uma musiquinha para cada um. [...] Tirava a roupa, entendeu? E colocava eles bem encostadinhos.”  
(M5)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida como forma de reduzir as taxas de morbidade e de mortalidade. Porém isso nem sempre é possível (OMS, 2010).

Frente à impossibilidade de realizar o processo de amamentação, fez-se necessário introduzir o leite de vaca e/ou fórmulas lácteas, e a mamadeira. Sendo assim, a alimentação para crianças menores de 12 meses, que não podem ser amamentadas, envolve a escolha do tipo de leite de acordo com o contexto social e cultural da mãe. Envolve também orientações sobre a diluição, o preparo e o armazenamento do leite, sobre a alimentação complementar (AC) e sobre as práticas de higiene, garantindo assim a segurança alimentar (BRASIL, 2004).

As participantes deste estudo relataram em pormenores os tipos de fórmulas lácteas utilizadas prescritas pelos pediatras, como nos exemplos a seguir:

“E aí eu pensei, e como ela tinha uma pediatra homeopata, e aí ela procurou o leite mais adequado, inicialmente foi NAN® e ela fez depois um processo alérgico. E aí eu comprei o Nestogeno® que aí foi tranquilo.” (M1)

“Quando ela veio para nós, como eu te falei, ela já não se alimentava mais do leite materno, né? Eu tinha o G. já com uns três anos e pouco e já usava o leite de vaca normal. Foi o que a gente introduziu para ela já logo de início, ela se adaptou muito bem.” (M2)

“Então a gente introduziu o NAN®, de 3/3h né? Ela tomava o nanzinho, né, só o NAN®. E depois que ela começou o aleitamento mais engrossado. O leite mais engrossado. Mas no início foi o NAN® 1 que ela tomou.” (M3)

“Aí fiz aquela alimentação tradicional mesmo. Foi se eu não me engano Nestogeno® o leite que eu usei. Aquele primeiro semestre, segundo semestre. Eu comecei com o NAN®, ela não

se adaptou. Aí passou para o Nestogeno®, foi os dois. Mas agora também não estou bem certa se ela não se adaptou, não, ela não se adaptou com o NAN®, e passou para o Nestogeno®.” (M5)

“Ele tomava leite, né, o leite indicado pelo médico. Ele não teve reação nenhuma com o leite, se deu muito bem. Foi uma criança muito saudável. Eu até brincava com o médico dizendo que o leite era melhor que o meu, brincava assim, né, de brincadeira. Porque ele se alimentava muito bem.” (M7)

De acordo com as necessidades nutricionais do lactente, preconiza-se a introdução de outros alimentos, ao invés do leite, de textura progressivamente menos homogênea, até a inserção da dieta familiar, que deverá ocorrer por volta dos 12 meses de vida. É fundamental salientar que a introdução gradual de novos alimentos, de diferentes texturas e sabores, deve respeitar não só as características maturativas e neurossensoriais da criança, mas também as questões culturais e socioeconômicas. Assim, não há regras rígidas, mas sim princípios gerais capazes de serem adaptados às recomendações e à realidade de cada lactente e de seu agregado familiar (SILVA *et al*, 2014).

Com a introdução dos alimentos complementares, é importante que a criança receba água nos intervalos. A água oferecida deve ser a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida). A partir dos seis meses o reflexo de protrusão da língua diminui progressivamente, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos; as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes para essa nova fase e a criança desenvolve habilidade para sentar-se, facilitando a alimentação oferecida por colher (BRASIL, 2009; 2010).

A participante M2 encontrou dificuldade na introdução de alimentos semissólidos e sólidos.

“Como ela já estava com quatro meses, eu já tentei introduzir alimentação para ela, papinha, frutas, só que ela não conhecia

nenhum tipo de alimento ainda, ela, nunca tinham dado nada para ela. E aí tive bastante dificuldade nesse sentido nos primeiros dias. Tudo que eu colocava na boca dela ela jogava fora. Ela fazia náusea. Então assim, ela teve que aprender, conhecer todo tipo de alimento. E aí, a partir daí, aprender a gostar, se alimentar, né? Foi assim, né? Quinze dias assim que tudo que a gente dava para ela, ela tinha muito nojo. Ela tomava só o leite. E aí com o tempo, conforme a gente foi introduzindo fruta, a papinha, todos os dias insistindo, nos mesmos horários e tal, ela foi aprendendo, depois ela passou a se alimentar normalmente.” (M2)

Já M3 não encontrou dificuldade para a introdução dos alimentos semissólidos e sólidos.

“E aí a partir do quarto mês eu iniciei Mucilon® e depois foi a comidinha conforme o pediatra orientava; a gente iniciou a papinha, papinha de fruta, suco de frutas.”(M3)

É importante ter em consideração que existem “janelas de oportunidade” para o desenvolvimento de todas essas capacidades e para o treino da aceitação de alimentos progressivamente mais sólidos e também de paladares e de texturas diferentes do leite. A ausência desse treino, que deverá ocorrer entre os oito e os 10 meses de idade, poderá comprometer todo o processo de diversificação alimentar e aumentar o risco futuro de dificuldades na alimentação (GUERRA *et al*, 2012).

Talvez pelo fato de contar com acompanhamento de um nutricionista, M4 também não encontrou dificuldade na introdução dos alimentos semissólidos e sólidos. Ela relata que até o momento a filha do coração se alimenta bem e que consome alimentos diversos.

“Até que chegou a hora que ela ia começar a comer, que foi com seis meses de vida corrigida. Porque como ela é prematura, né? E assim eu acompanhei tudo que ela [nutricionista] falou, eu

seguia direitinho. Um legume, um alimento do A, do B, do C e todas as faixas que ela mandava. Por conta disso, o que aconteceu? Ela [filha do coração], comeu todos os legumes que você possa imaginar, ela come. Ela come hoje em dia, mastiga, mastiga muito bem porque amassei tudo no garfo mesmo [...] Ela come do quiabo, do jiló, do maxixe e do cará até os legumes que a gente mais gosta; macarrão, feijão, arroz. Eu só não dou para ela os embutidos, os enlatados, né?” (M4).

Apesar das participantes M6 e M7 não terem contado com acompanhamento de um nutricionista, como M4, elas também não encontraram dificuldade na introdução de alimentos sólidos e relatam a diversidade na alimentação de seus filhos, conforme os trechos seguintes:

“Ah, a alimentação dela, a partir de seis meses, como eu já tinha tido outra filha, né? Então assim, a partir de seis meses, ela já começou com mamão raspado, papinha de mamão, pera, essas coisas. Eu sempre procurei dar as coisas saudáveis. Mamão, pera, maçã. É, só o caldinho do feijão. Então assim, a partir dos seis meses eu comecei a alimentação. Com três meses eu já dava suco. Suco de cenoura, suco de laranja, laranja-lima, eu já complementava o suco dela já com três meses. Mas a alimentação mesmo, foi a partir de seis meses, assim, fui testando. Mas ela comia de tudo, não rejeitava nada.” (M6)

“Ele sempre foi uma criança que comia de tudo, aceitava assim, fruta, legumes. Então é, rapidamente quando ele teve que passar para alimentação de sopinha, de papinha. Não teve problema nenhum, [risos] porque ele aceitava muito bem. Então ele era uma criança assim, então até hoje é assim, ele come, ele sempre foi uma pessoa, né? Uma criança e agora um adulto que ele

gosta de provar as coisas, ele tem um processo alimentar muito bom. Muito amplo e muito bom.” (M7)

A educação alimentar e a formação dos hábitos alimentares iniciam-se muito precocemente. Acredita-se que a base dessa formação se dê no primeiro ano de vida, quando a criança começa a ter contato com os diferentes tipos de alimentos. Uma vez que este contato se dá no seio familiar, sofre forte influência dos hábitos familiares e de fatores culturais e sócio-econômicos (ALVES, CHIBINSKI, ABANTO& RAGGIO, 2010).

A instituição de uma dieta adequada para as crianças desde o primeiro ano de vida pode prevenir o desenvolvimento de problemas tanto de saúde bucal quanto sistêmica, sendo os mais conhecidos a cárie dental e a obesidade (ALVES, CHIBINSKI, ABANTO& RAGGIO, 2010).

Dentre os cuidados que a mãe e/ou sua substituta tem com seu filho biológico e/ou do coração, que chamamos de maternagem, inclui-se o cuidado com a saúde bucal, como exposto nas respectivas falas de M2 e de M4:

“Ela tinha uma dentição muito frágil, muito cariogênica. Os primeiros dentinhos dela, ela trocou muito cedo, né? Ela tinha assim dor de dentes terríveis. E aí entrei com medicação que agora não me recordo mais. Mas eu dei um cálcio para ela. Para a dentição permanente vir forte e eu não ter esse tipo de problema com ela. Graças a Deus isso foi resolvido.” (M2)

“[...] Por mastigar, ela come de tudo. Ela come churrasco, come tudo. Dá carne na mão dela, ela corta. Nasceu tem um ano e seis meses, na verdade um ano e quatro meses [Idade Gestacional Corrigida], ela já tem 14 dentes. Por conta disso ajudou a dentição a vir mais rápido, entendeu?” (M4)

As narrativas das experiências vivenciadas pelas participantes no processo de alimentação de seus filhos do coração mostraram a necessidade de cuidados em

saúde para além da questão física ou da sobrevivência da criança, contemplando o desenvolvimento e o crescimento emocional, ou seja, alimentar o bebê é uma forma de fortalecer o vínculo entre a mãe e o filho do coração.

Para garantir a segurança alimentar, outra necessidade de cuidado com a saúde apontada foi a da transição alimentar, pois, na introdução da alimentação complementar às fórmulas lácteas, a partir dos quatro meses de vida, foram relatados percalços na ingestão dos alimentos semissólidos e dos alimentos sólidos inseridos na rotina familiar. Por fim, foi destacada a necessidade de cuidado com a saúde bucal, considerando a oferta de alimentos e a higiene oral a ser realizada pelas mulheres-mães em seus bebês.



## CAPÍTULO 5

---

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar a experiência vivenciada pela mulher-mãe no processo de alimentação do filho do coração. A análise das entrevistas realizadas com essas mulheres-mães mostrou como a alimentação envolve fatores relacionados ao desenvolvimento da criança e ao relacionamento entre a mãe e o seu filho do coração.

Embora as entrevistas tenham partido de uma questão norteadora única, versando sobre a experiência da mulher-mãe no processo de alimentação do filho do coração, as mulheres não se restringiram somente a esse tema e trouxeram à tona assuntos que enriqueceram o estudo, como a motivação e o processo da adoção.

Com a utilização do método Narrativa de Vida, abriu-se um leque de possibilidades que não se havia cogitado ao se iniciar a pesquisa. Podem-se ver aqui outras dimensões da maternagem de mulheres-mães adotivas.

Diante das narrativas optou-se por realizar uma análise diacrônica, percorrendo a trajetória desejo, espera, concretização, revelação da adoção, medo da perda (morte/família biológica), tendo como fio condutor a alimentação do filho do coração.

A partir das Narrativas de Vida dessas mulheres que adotaram crianças, a pesquisadora identificou a necessidade de cuidados de saúde relacionados à alimentação do filho:

**A necessidade de preparo para a adoção** - A adoção nem sempre aconteceu de forma planejada. Porém, quando isso ocorreu, essas mulheres haviam se preparado para o processo de alimentação da criança recém-chegada, fator fundamental tanto para a sobrevivência da criança quanto para a criação do vínculo afetivo mãe/bebê adotado, além de garantir a segurança alimentar.

**A possibilidade de amamentação** - Essas mulheres precisam receber orientações quanto à possibilidade de amamentar, principalmente quando o filho do coração é recém-nascido e, assim, receber apoio tanto dos familiares quanto dos profissionais de Saúde. Os bancos de leite humano são uma estratégia possível para elas. Uma

possibilidade seria a orientação prévia do enfermeiro na atenção primária e nos cursos que são oferecidos para o preparo dos casais em processo de adoção. Assim, essas mulheres teriam maior chance de obter êxito na amamentação do filho do coração.

**A amamentação cruzada** - Configurou-se como um risco de contaminação da criança por doenças transmitidas pelo leite materno (HIV, por exemplo), pois ainda é uma prática culturalmente aceita. As participantes que optaram por essa prática levaram em consideração a importância do leite materno para o filho do coração, embora algumas delas sejam profissionais da área da Saúde.

**A oferta de fórmulas lácteas** - A maioria das participantes deste estudo relatou em pormenores o uso das fórmulas lácteas prescritas pelos pediatras. Destas, apenas duas tiveram percalços e necessitaram fazer a substituição por outro tipo de leite.

**A introdução de alimentos sólidos e semissólidos** - O que se observou nesse estudo é que a educação alimentar e a formação dos hábitos alimentares iniciam-se muito precocemente. Quanto maior a diversidade de alimentos oferecidos no início da introdução de alimentos sólidos e semissólidos, melhor será a aceitação de outros alimentos no futuro.

**A saúde bucal** - O cuidado com os tipos de alimentos oferecidos e a higiene oral são importantes para a formação dos dentes e a prevenção de cáries.

Os profissionais da área da Saúde, em especial os da equipe de Enfermagem, devem se colocar à disposição da mulher-mãe adotiva para uma escuta atenta, como a que foi proporcionada pelo método Narrativa de Vida, a fim de compreender e atender as suas reais necessidades de saúde quanto à alimentação do filho do coração.

O conhecimento da alimentação do filho do coração através das Narrativas de Vida das mulheres-mães permite apontar, então, que há necessidade de mais informações sobre as diferentes possibilidades de alimentar o filho. Sendo assim, como resultado desta pesquisa, sugere-se a realização de mais estudos que abordem essa temática, fato comprovado desde o levantamento bibliográfico realizado.

## REFERÊNCIAS

---

ALMEIDA, João Aprígio Guerra. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 120p.

ALVES, F.B.T.; CHIBINSKI, A.C.R.; ABANTO, J.; RAGGIO, D.P. Alimentação do Bebê nos Dois Primeiros Anos de Vida: o Papel do Cirurgião-Dentista enquanto Agente de Promoção de Saúde. **Rev. Fac. Odontol**, Porto Alegre, v. 51, n. 3, p.31-36, set/dez, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo - Ed. Revista e Ampliada**. Editora: Edições 70, 2011.

BAUMKARTEN, S.; BUSNELLO, F.; TATSCH, D.T. **Adoção: conhecendo as expectativas e os sentimentos dos pais do coração**. Perspectivas em Psicologia, v. 17, n. 2, jul/dez, 2013, p.03-19

BERTAUX, Daniel. **Narrativa de Vida – a pesquisa e seus métodos**. São Paulo/ Natal: Editora Paulus/Editora da UFRN, 2010.

BOWLBY, John. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRASIL. **Código Civil de 1916**.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional de Adoção, 2015**.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional de Justiça, 2015**.

\_\_\_\_\_. **Constituição de 1988**.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan, com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 143, n. 179, 18 set. 2006, p.1.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **ECA–Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 12.010, de 03 de agosto de 2009. **Nova Lei Nacional da Adoção**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 3.133**, de 8 de maio de 1957.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.655**, de 2 de junho de 1965.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.697**, de 10 de outubro de 1979.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.421. **Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho-CLT**, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **10 passos para uma alimentação saudável - Guia Alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993- DO167**, de 1º/09/93.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Preparo de Alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira.** 2ª ed. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Saber.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde, **Brasília, DF, 2003.**

BROTTO, Léia Damasceno de Aguiar et al. Uso de galactogogos no manejo da amamentação: revisão integrativa da literatura. **J.res.: fundam.care.online.** V. 7 n.1. jan/mar 2015.

CECÍLIO, M.S.; SCORSOLINI-COMIN, F. Relações entre Conjugalidade e Parentalidades Adotiva e Biológica. **Psico**, Porto Alegre, PUC/RS, v. 44, n. 2, pp. 245-256, abr/jun, 2013.

COSTA, L. T. M.; KEMMELMEIER, V. S. O olhar de futuros pais sobre o processo de adoção. **Psicol. Argum**, Curitiba, v. 31, n. 72, p.187-196, jan/mar, 2013.

DEBERT, G. Problemas relativos à utilização de história de vida e história oral. In: CARDOSO, R. (org). **A aventura antropológica: teoria e pesquisa.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997, p.141-56.

DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling:** uma Descrição dos Métodos. 51f. Monografia [graduação] - Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

DIAS, Carllyam Soares. **A desconsideração do vínculo socioafetivo na adoção à brasileira: uma análise à luz da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça** Monografia [graduação] - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, 2015.

ELYSEU Junior, S. **Maternagem e personalidade: um guia para os pais**. Campinas: Átomo, 2000. 104p.

ESTEVEES, Carolina Marocco et al. A Gestação do Segundo Filho: Sentimentos e Expectativas da Mãe. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 4, pp. 542-551, out./dez. 2013.

GUERRA, António et al. Alimentação do Lactente. **Acta Pediátrica Portuguesa**, V.43 N.5 Setembro – Abril 2012. Suplemento II, pp S17-S40.

GLAT, R. **Ser mãe, e a vida continua...** 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1994. 92p.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Míni Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 8ª Ed. Brasil: Positivo - 2010 - Nova Ortografia.

HUBER, M.Z.; SIQUEIRA, A.C. Pais por adoção: a adoção na perspectiva dos casais em fila de espera. **Psicol. teor.prat.** v.12 n.2, São Paulo, fev. 2010.

IBFAN. Documento do mês sobre amamentação. Amamentação, Vínculo Afetivo e Humanização da Assistência Perinatal. Nº 4, 1999.

KRUEL, C.S.; SOUZA, A.P.R. Aleitamento Materno e Cuidado: Uma Proposta Winnicotiana. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 26 n.1. 176-186, março, 2014.

LAGE, S. R.; SANTOS, I. M. M.; NAZARETH, I. V.; Narrativa de vida de mulheres que amamentaram seus filhos adotivos. **Rev. Rene**. 2014 mar/apr 15(2):249-56.

LEVINZON, Gina Khafif. **A Criança Adotiva na Psicoterapia Psicanalítica**. São Paulo: Editora Escuta, 1999.

LEVINZON, Gina Khafif. A Adoção na Clínica Psicanalítica: o Trabalho com os Pais Adotivos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.14 n.1, jan/jun 2006, 24-31p.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.R.M.; PRIORE S.E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 n.5: 2461-2468, 2011.

MAUX, A. A. B.; DUTRA, E. A adoção no Brasil: algumas reflexões. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ANO 10, n.2, p.356-372.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2014.

MIRANDA, M.A.; MARTINS, M.S. **Maternagem**. Quando o bebê pede colo. Coleção Percepções da Diferença Negros e Brancos na Escola. v. 2. São Paulo, 2007.

OTUKA, L. K; SCORSOLINI-COMIN, F; SANTOS, M.A. Adoção Suficientemente Boa: Experiência de um Casal com Filhos Biológicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 28 n. 1, pp. 55-63 jan/mar. 2012.

OUTEIRAL, J. O.; D. W. WINNICOTT. O homem e a obra. **Viver Mente & Cérebro**. Coleção Memória da Psicanálise nº 5 - Winnicott, 2ª ed. São Paulo: Duetto Editorial, 2009. P.6-15.

POBLACION, Ana Paula et al. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30 n.5 pp. 1067-1078, mai 2014.

POLIT D.F.; HUNGLER B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

ROCHA, Cecília (Org). Segurança Alimentar e Nutricional: Perspectivas, Aprendizados e Desafios para as Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SANTANA, Maria da Conceição Carneiro Pessoa de et al. Atuação fonoaudiológica hospitalar junto a um processo de relactação e adoção: relato de caso. **Rev. CEFAC**. v.16 n.6, São Paulo, nov/dec. 2014.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência enfermagem neonatal**. Tese [doutorado]. Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

SILVA Diana, et al. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. v.14 n.3, Recife, july/sept. 2014.

WINNICOTT, Donald Woods. **A criança e o seu mundo**. 6ª ed. 11ª reimpr. Rio de Janeiro: LTC. 2008. 270p.

\_\_\_\_\_. **Conversando com os pais**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 152p.

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago. 2000. 455p.

\_\_\_\_\_. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed.1994. 460p.

\_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães**. 4ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013 (textos de Psicologia).

World Health Organization (WHO). **Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence**. Geneva (SW): WHO; 2010.

# APÊNDICES

---

## Apêndice 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes da Pesquisa



#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução- 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Item IV)

#### **A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA POR MULHERES-MÃES ADOTIVAS NO PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DE SEUS FILHOS DO CORAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

Prezada Senhora \_\_\_\_\_

Estamos desenvolvendo uma pesquisa, por meio da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), sobre o processo de alimentação de filhos adotivos, tendo como objetivo analisar a experiência vivenciada no processo de alimentação pela mulher-mãe com este filho.

Vimos, então, solicitar sua participação neste estudo, conforme os seguintes esclarecimentos:

#### **Participação**

1. Sua participação é totalmente voluntária, sem qualquer tipo de custo ou de compensação financeira.
2. A senhora poderá deixar o estudo a qualquer momento, se desejar.
3. Depois de lidas as explicações, a senhora poderá fazer qualquer pergunta que julgar necessária para o entendimento da natureza do estudo.

#### **Procedimento**

No primeiro momento será aplicado um instrumento de coleta de dados (caracterização dos participantes). A segunda fase do processo compreenderá as entrevistas individuais. A coleta de dados do roteiro será realizada através de entrevista gravada (aparelho próprio, gravador ou MP3), com transcrição posterior.

#### **Confidencialidade**



Nenhuma participante será identificada pelo nome ou por qualquer outra característica. O sigilo da identidade e das informações fornecidas será garantido pelo investigador do estudo, cuja utilização estará vinculada aos princípios científicos.

### **Risco mínimo**

A pesquisadora responsável, ao perceber qualquer risco ou possibilidade de dano à participante, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deverá, imediatamente, comunicar o fato ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de se adequar ou de suspender o estudo.

Em caso de dúvida ou de necessidade de esclarecimento, é possível o contato através do telefone da pesquisadora principal, Mestranda Suellen da Rocha Lage (99374-5438) ou [suellen\\_rl@hotmail.com](mailto:suellen_rl@hotmail.com).

Solicitamos, então, por meio deste documento, sua autorização como participante da pesquisa, desejando sua valiosa colaboração.

Pelo exposto, eu \_\_\_\_\_  
em \_\_/\_\_/\_\_, ciente das informações recebidas, concordo em participar voluntariamente do referido estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Mestranda Suellen da Rocha Lage e Professora Dr<sup>a</sup> Inês Maria Meneses dos Santos

Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / CEP - UNIRIO  
Endereço: Av. Pasteur, 296 CEP: 22.290-240  
Urca – Rio de Janeiro – R. J. – Telefone: (021) 2542-7796  
[cep.unirio09@gmail.com](mailto:cep.unirio09@gmail.com)

Local e data: \_\_\_\_\_

## Apêndice 2 FORMULÁRIO

### Dados de identificação

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pseudônimo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

### História obstétrica

Tem filhos biológicos? ( )Sim ( )Não

Abortos? ( )Sim ( )Não

Data de nascimento do filho adotado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade do filho quando foi adotado: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )F ( )M

Amamentou? ( )Sim ( )Não

Se sim, houve ajuda de algum profissional da Saúde? De qual área? \_\_\_\_\_

Se sim, usou método da translactação? ( )Sim ( ) Não

Se sim, usou medicação para indução da produção de leite? ( )Sim ( ) Não.

Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de amamentação: \_\_\_\_\_

### Pergunta norteadora da entrevista

— Fale sobre a sua vida relacionada à alimentação do seu filho do coração.

# ANEXO

---