

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

**O COTIDIANO DO SER-MÃE-DE-RECÉM-NASCIDO-
PREMATURO DIANTE DA MANUTENÇÃO DA
LACTAÇÃO NA UTI NEONATAL: POSSIBILIDADES
PARA A ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Caroline Sissy Tronco

Santa Maria/RS, Brasil

2012

**O COTIDIANO DO SER-MÃE-DE-RECÉM-NASCIDO-PREMATURO DIANTE DA
MANUTENÇÃO DA LACTAÇÃO NA UTI NEONATAL: POSSIBILIDADES PARA A
ENFERMAGEM**

por

Caroline Sissy Tronco

**Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de
Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e
saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e
Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), para
obtenção do título de mestre.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

Santa Maria/RS, Brasil

2012

T853c Tronco, Caroline Sissy
 O cotidiano do ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da manutenção
 da lactação na UTI neonatal : possibilidades para a enfermagem / por Caroline
 Sissy Tronco. – 2012.
 125 p. ; il. ; 30 cm

 Orientador: Stela Maris Mello Padoin
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de
 Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2012

 1. Aleitamento materno 2. Prematuro 3. Mães 4. Unidades de terapia intensiva
 neonatal 5. Enfermagem I. Padoin, Stela Maris Mello II. Título.

 CDU 616-083.053.31

Ficha catalográfica elaborada por Cláudia Terezinha Branco Gallotti – CRB 10/1109
Biblioteca Central UFSM

©2012

Todos os direitos autorais reservados a Caroline Sissy Tronco. A reprodução de partes ou do
todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a dissertação
de mestrado**

**O cotidiano do ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da
manutenção da lactação na UTI Neonatal: possibilidades para a
Enfermagem**

elaborado por Caroline Sissy Tronco

**como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem**

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof^a. Dra. Stela Maris de Mello Padoin
(Presidente/Orientadora)**

Prof^a Dra Ívis Emília de Oliveira Souza (EEAN/UFRJ)

Prof^a Dra. Cristiane Cardoso de Paula (UFSM)

Prof^a Dra Angela Maciel Weinmann (UFSM)

Prof^a Dra Eliane Tatchs Neves (UFSM)

Santa Maria, 02 de Fevereiro de 2012.

DEDICATÓRIA

*À mãe Tania Bosi de Souza Magnago e seu filho Eduardo José (in memorian). Nossa com-vivência no mundo da UTI Neonatal e o compartilhar do teu depoimento acerca de vivências e experiências como ser ao lado da incubadora me mostraram a necessidade de lançar um novo olhar e dar voz às mães de UTI, pois a UTI é neonatal, mas precisamos cuidar também da mãe, um **ser** muitas vezes mais frágil que o bebê de menos de 1000 gramas.*

AGRADECIMENTOS

Quando chegamos ao fim de uma etapa de nossa vida, é hora de refletir e principalmente agradecer àqueles que ajudaram a tornar este sonho uma realidade, por isso agradeço...

A Deus, por estar comigo nesta jornada, iluminando meu caminho, me dar saúde, força e perseverança.

À minha mãe Kuka, meu pai Ico e minha avó Vera, por acreditarem em mim, compreenderem meus momentos de ausência e sempre me apoiarem incondicionalmente em tudo o que sonhei, muitas vezes abrindo mão de seus sonhos em benefício dos meus. Vocês são meu porto seguro, amo muito vocês.

À minha irmã Bibiana, por me apoiar nesta jornada. Te amo muito.

Ao meu amor Fernando, nestes nove anos juntos, você é meu amigo, meu companheiro, obrigada por fazer parte da minha vida. Te amo.

Aos meus padrinhos Angela e Manoel Afranio, pelo apoio e carinho.

Aos meus primos-irmãos Manuela e Julian, pela amizade, pelos momentos de descontração. Vocês são fundamentais em minha vida.

Às minhas amigas-irmãs, Roberta, Camila, Aline, Sabrina e Daiana, o destino nos fez amigas, mas o coração nos fez irmãs, passamos por muita coisa juntas e isso só fortalece nossos laços. Obrigada por fazerem parte de minha vida há 15 anos. Amo vocês.

À minha orientadora-mãe, Stela Maris de Mello Padoin, você é uma inspiração em minha vida, obrigada por acreditar em mim. Nossa relação é para além da academia, você é para mim uma mãe, uma pessoa em que me espelho a todo o momento. Agradeço também à família Padoin, por me acolher em seu lar, Aílson, Júnior, Letícia, João Pedro, me sinto família de vocês.

À amiga Cristiane Cardoso de Paula, obrigada por ser esta pessoa maravilhosa e atenciosa, você me ajudou a crescer. Agradeço também ao Alexandre e ao Gabriel por terem me acolhido em sua casa. Sou imensamente grata por tudo o que você fez por mim.

À professora Ívis Emília de Oliveira Souza, por me acompanhar e me apoiar nesta trajetória. Este momento não seria o mesmo sem a sua ajuda.

À professora Eliane Tatsch Neves, pelo companheirismo nesta caminhada, desde meu trabalho de conclusão de curso, obrigada por fazer parte de minha história.

À professora Marlene Gomes Terra, por ser esta pessoa sensível, amiga e amorosa, obrigada por cada palavra de carinho e apoio.

À professora Angela Maciel Weinmann, por proporcionar momentos de muito aprendizado na UTIN, e por ser esta profissional admirável.

À mais que amiga Crhis Netto de Brum, não tenho palavras para descrever o que você significa em minha vida. Obrigada por ser a amiga maravilhosa, sempre presente. Te amo.

À amiga Andressa Peripolli Rodrigues, nossa convivência possibilitou que nos tornássemos amigas. Obrigada por fazer parte da minha vida.

À família PEFAS, Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (UFSM/RS), Samuel, Marcelo, Érika, Renata, Victor, Maressa, Lidiane, Tatiane, Tassiane, Cintia, Aline, Letícia, por me acompanharem nesta jornada e tornarem meus dias muito mais divertidos.

À equipe da UTI Neonatal do HUSM, em especial, a Tatiane Correa Trojahn, pelo aprendizado e por possibilitarem minha aproximação ao cenário de minha pesquisa.

Às mães da UTIN, por se mostrarem dispostas ao encontro e contarem suas vivências e experiências acerca deste momento delicado.

Ao grupo de discussão da L-materno, pelos momentos de aprendizado, em especial Celina Valderez Feijó Kohler e Luis Musa Tavares.

Ao Grupo de Estudos Mãe e Bebê (GEMBE/EEUFRGS) que me recebeu e acolheu nesta nova caminhada.

Aos colegas de mestrado, pelo convívio, amizades e crescimento conjunto.

À Universidade Federal de Santa Maria, pelo ensino de qualidade desde minha graduação à pós-graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, por possibilitar que este sonho se tornasse realidade. Aos professores do PPGENF, pela contribuição em minha qualificação profissional.

Ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), pela concessão de bolsa de mestrado, que me oportunizou dedicação exclusiva.

Agradeço a todos os que, embora não mencionados, estão guardados no meu coração, pois de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

O COTIDIANO DO SER-MÃE-DE-RECÉM-NASCIDO-PREMATURO DIANTE DA MANUTENÇÃO DA LACTAÇÃO NA UTI NEONATAL: POSSIBILIDADES PARA A ENFERMAGEM

Autora: Caroline Sissy Tronco
Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin
Data e Local da defesa: Santa Maria, 2 de fevereiro de 2012

O objetivo da pesquisa foi compreender o cotidiano das mães de recém-nascidos prematuros (RNP) internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em manutenção da lactação diante da (im)possibilidade de amamentar. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica. A produção dos dados ocorreu na UTIN do Hospital Universitário de Santa Maria/RS, nos meses de dezembro de 2010 a abril de 2011. Foram realizadas sete entrevistas fenomenológicas, com as mães dos recém-nascidos internados nessa unidade e que estavam (im)possibilitadas de amamentar devido às condições clínicas do bebê. A análise dos dados, pautada no referencial teórico metodológico de Martin Heidegger, desvelou na compreensão vaga e mediana que para as mães de RNP na UTIN a manutenção da lactação diante da (im)possibilidade de amamentar significa ter algum problema de saúde na gestação que fez o bebê nascer antes da hora esperada. Querem saber o que o bebê tem e o que está acontecendo. Ficam preocupadas com a situação, mas depois se acalmam, porém continua sendo difícil. Temem pelo bebê que nasceu antes da hora, prematuro e pequeno. O bebê teve que ficar na UTI e a mãe ir para casa e deixar o bebê no hospital. Gostariam que o filho estivesse mamando no peito. É difícil ter que colocar o leite fora e dói porque empedra. Colocar o filho no peito faz se sentir mais mãe. Tirar o leite poderá ajudar na recuperação do filho. Manter a rotina do lar e ter que ir e vir do hospital é cansativo. O tempo que estão junto ao bebê é bom e ajuda. Rezam para que ele melhore e pegue peso para ir para casa. Encontram apoio nos profissionais e na família. Na compreensão interpretativa, as mães se mostram com ser-mãe-de-RNP diante da dupla facticidade de ter um filho prematuro e que está internado na UTIN. Presas na falação por repetir o que levou ao parto prematuro e acerca da importância do leite materno, curiosas sobre a saúde do bebê. Porém se mantêm na ambiguidade ao pensar que compreenderam o motivo do parto prematuro, quando na verdade ainda não. Se mostram no modo do temor, em suas três perspectivas: apavoradas com o bebê prematuro e pequeno, horrorizadas com a internação na UTIN e aterrorizadas por terem que dar alta e deixar o bebê no hospital. Se mantêm ocupadas com a ordenha e a rotina de ir e vir do hospital para casa se mostram ser-com o filho quando o colocam no peito para mamar, o que as possibilita fazer o movimento de ocupação para pré-ocupação. São ser-com a família e profissionais de enfermagem, mostrando que precisam de apoio e se mantêm na decadência quando se mostram conformadas com a situação. O vivido do ser-mãe-de-RNP aponta para a necessidade de aliar a assistência ao RNP à atenção à família, especialmente, às mães. Além de congrega a dimensão biológica e clínica, imprescindível à sobrevida dos RNP, à dimensão subjetiva e social do cuidado à tríade mãe/filho/família. Palavras-Chave: mães; prematuro; aleitamento materno; unidades de terapia intensiva neonatal; enfermagem.

ABSTRACT

THE DAILY LIFE OF BEING-A-PREMATURE-NEW-BORN-MOTHER AGAINST THE MAINTAINENCE OF LACTATION IN NEONATAL ICU: POSSIBILITIES TO NURSING

Author: Caroline Sissy Tronco

Adviser: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

Date and place of defense: Santa Maria, February 2nd, 2012

The research aim was to comprehend the everyday of mothers of premature new-born (PNB) admitted on neonatal intensive care unit (NICU) on maintaining lactation against the (im)possibility of breastfeeding. For this, it was developed a qualitative research with phenomenological approach. Data production happened on NICU of University Hospital of Santa Maria/RS, from December 2010 to April 2011. Seven phenomenological interviews were developed with the mothers of new born babies admitted in this unit and that were (un)able to breastfeed because of their baby's clinical conditions. Data analysis, based on theoretical methodological referential of Martin Heidegger, unveiled on vague and medium comprehension that, to the mothers of PNB in the NICU, the lactation maintenance against the (im)possibility of breastfeeding means having some kind of problem during pregnancy that made the baby to be born before the expected time. They want to know what the baby has and what's happening. They get worried about the situation and then calm down, but it's still difficult. They are afraid for the baby that was born before time, premature and small. The baby has to stay in the ICU and the mother has to go home and leave the baby in the hospital. They wish their child was breastfeeding. It's difficult to take milk out and it hurts because it paves. To put their child on the breast make them feel more like mothers. Keeping the daily activities at home and having to go to the hospital is tiring. Time spent with the baby is good and it helps them. They pray for their baby to get better and gain weight so he/she can go home. They find support on the professionals and the family. On interpretative comprehension, mothers show themselves as being-a-PNB-mother against the double facticity of having a premature child and that he/she is admitted in the NICU. Trapped on the babble by repeating what led to the premature birth and about the importance of breast milk, curious about the baby's health. But the ambiguity remain at the thought that they understood the reason for premature delivery, when in fact not yet. It shows in the way of fear, in its three perspectives: terrified of preterm infants and small, horrified at the NICU and terrified by being discharged and having to leave the baby in the hospital. They keep themselves busy with milking and the routine of having to go and come home from the hospital, they show themselves as being-with the child when they put him/her to nursing, which enables to do the movement of occupation and pre-occupation. They are being-with the family and nursing staff, showing that they need support and that they keep themselves in decay, when they show themselves confirmed with the situation. The experience of being-a-PNB-mother points to the need to ally assistance to PNB to attention to the family, specially, to mothers. Besides bringing together the clinical and biological dimension, it's vital to the survival of the RNP, the subjective and social dimension of care to the triad mother/child/family.

Key-words: mothers; premature; breastfeeding; neonatal intensive care unit; nursing.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Quadro de Análise.....	115
--	------------

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Carta de Aprovação da Direção de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria.....	122
Anexo B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	123
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124
Anexo D - Termo de Confidencialidade dos Dados.....	125

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 Dimensão política da saúde da criança.....	17
2.2 Dimensão epidemiológica do recém-nascido prematuro.....	20
2.3 Dimensão clínico-assistencial do recém-nascido prematuro.....	21
2.4 Dimensão do cuidado ao recém-nascido e sua mãe.....	24
2.5 Dimensão histórica e política do aleitamento materno no Brasil.....	27
3. METODOLOGIA.....	31
3.1 Tipo de estudo.....	31
3.2 Etapa de Campo da pesquisa.....	32
3.2.1 Cenário da pesquisa, aproximação, ambientação e participantes.....	32
3.2.2 Produção dos dados.....	33
3.3 Método de análise.....	34
3.4 Questões éticas.....	36
4. RESULTADOS.....	39
4.1 Historiografia.....	39
4.2 ARTIGO 1 – Repercussões da prematuridade para a mãe e sua família: uma revisão integrativa de literatura.....	41
4.3 ARTIGO 2 – Ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro: compreensão da vivência cotidiana na unidade de terapia intensiva neonatal.....	50
4.4 Artigo 3 – Ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro: temor da prematuridade e da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	63
4.5 Artigo 4 – O ser-com-o-filho a partir da amamentação: da ocupação a preocupação com a manutenção da lactação.....	74
4.6 Artigo 5 – O ser-mulher-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da rotina da hospitalização na UTI Neonatal.....	80
5. DISCUSSÃO.....	103
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
7. REFERÊNCIAS.....	109

1 INTRODUÇÃO

A assistência em neonatologia vem se modificando devido ao rápido avanço tecnológico e à complexidade do cuidado às demandas de saúde do recém-nascido (RN). Esses avanços colaboram com a sobrevivência dos RNs de risco e, em especial, dos recém-nascidos prematuros (RNPs) e dos recém-nascidos de baixo peso (RNBPs) nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) (CABRAL; SILVA, 2001).

No mundo, anualmente, nascem 20 milhões de RNPs e RNBPs, sendo que um terço morre antes de completar um ano de vida (WEIRICH et al., 2005). Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, predominam ainda os partos prematuros e de crianças com baixo peso ao nascer, desencadeados por más condições socioeconômicas, infecções e um deficiente atendimento pré-natal (SILVEIRA et al., 2008).

No entanto, mesmo com todo o avanço tecnológico, com a disponibilidade de equipamentos de reanimação, monitoração, suportes vitais avançados e profissionais de saúde qualificados, encontram-se dificuldades em relação à alimentação, em especial, a amamentação de bebês prematuros, a qual ainda é motivo de preocupação para as equipes que atuam em UTIN (SILVA, 2009).

Em consonância com o campo teórico da neonatologia, pude observar essa demanda de saúde em minha vivência acadêmica, uma vez que, como acadêmica no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), fui bolsista na UTIN do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Como enfermeira participei, em 2007, de um Curso de Atualização na UTIN do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), que me oportunizou desenvolver habilidades e competências no cuidado ao RN de risco. Concomitante a essa vivência, ingressei no curso de especialização em Terapia Intensiva no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), no qual aprimorei meu conhecimento científico sobre a temática do RN internado na UTIN.

Durante a vivência de cuidado ao RN de risco, foi possível conhecer sua fragilidade clínica e suas demandas de cuidado especializado, do investimento em sua sobrevivência até o preparo para alta hospitalar. Desde essa época, atentei para a necessidade de ampliar o cuidado de Enfermagem para a família desses RNs, que

vivenciam sentimentos de angústia, ansiedade, medo e esperança diante da incerteza se o RN irá sobreviver e quais as consequências em sua saúde e desenvolvimento (TRONCO et al., 2010).

Diante dessa necessidade de cuidado à família, se destacou a atenção à mãe do RN que acompanha seu filho durante a internação na UTIN e, muitas vezes, não conhece ou não compreende os cuidados que são prestados. Durante a internação, o cuidado ao RN é desenvolvido por uma equipe especializada, e a mãe por vezes é chamada para estar com seu filho a fim de proporcionar a formação do vínculo entre o binômio mãe e filho.

Na UTIN o papel da mãe é prover o alimento para seu filho. Devido a isso, os aspectos biológicos do ato de amamentar são enfatizados pelo profissional de saúde. Muitas vezes a mulher pode ser vista nesse momento como uma “fonte” necessária para suprir as necessidades alimentares de seu filho prematuro, uma vez que a preocupação com a alimentação desses bebês pode ser prioridade para a equipe de saúde (SILVA, 2009).

Levando em conta que os reflexos de sucção e de deglutição dos RNPs podem se apresentar imaturos ou até mesmo ausentes, necessita-se a adequação das funções de alimentação. Na literatura, há poucas referências que determinem o padrão de sucção do RNP que permitam a avaliação do que é aceitável durante o processo evolutivo de sucção, ou mesmo que definam as características que devem ser observadas acerca dos RNs com idade gestacional inferior a 37 semanas (YAMAMOTO et al., 2009).

Nesse sentido, o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria recomenda que a dieta ideal para o RNP seja aquela que garanta taxas de crescimento intrauterino, sem acarretar estresse e sobrecarga ao metabolismo e às funções excretoras. Considera-se o tipo de alimentação recebida, a forma como é oferecida e ainda a qualidade do contato inicial da mãe e seu bebê durante a alimentação (DELGADO; ZORZETTO 2003).

Lopes, Silva e Quintal (2002) destacam a importância do leite materno para os RNPs e os pequenos para a idade gestacional (PIG), devido à sua composição própria para cada período da vida do bebê lactente. Porém, conforme Rocha et al. (2002), sabe-se que o aleitamento materno em RNPs, quando comparados com a população de bebês a termo normais, é mais difícil de ser iniciado e mantido.

Pelo fato de a amamentação ser um híbrido de natureza e cultura, é possível compreender que existam vários elementos que interferem no AM. Esses elementos podem facilitar ou dificultar o processo de aleitar das mães de bebês prematuros, e podem estar associados a questões biológicas e/ou subjetivas dessas mulheres (ALMEIDA, 1999).

Somados à situação da prematuridade, a mãe poderá enfrentar obstáculos para o processo de amamentar, no qual o profissional qualificado poderá atuar positivamente na assistência prestada à mulher e ao bebê (GIULIANI; LAMOUNIER, 2004).

Sendo assim, é necessário identificar os fatores que dificultam o processo de aleitamento materno, como: a separação prolongada da mãe e do bebê, a ansiedade e o estresse maternos, o manejo dos profissionais no suporte à amamentação, a diminuição da produção de leite, a insegurança que a mãe tem sobre a qualidade de seu leite, o comportamento alimentar imaturo do RN e as rotinas hospitalares (DELGADO; HALPERN, 2005).

Além desses fatores destaca-se a complexidade em assistir o RN e sua família em uma UTIN. O envolvimento da equipe de saúde, em especial a de enfermagem, na assistência ao binômio mãe-filho facilita a interação entre os profissionais da UTIN, o RNP e sua mãe. Esse cuidado proporciona o crescimento, desenvolvimento e recuperação do RN e contribui para que a mãe seja participante ativo dentro do processo de hospitalização (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A fim de desvelar facetas desse fenômeno, sente-se necessidade de estar com as mães que têm seus filhos internados na UTIN e que vivenciam nesse momento a (im)possibilidade de amamentar, para compreender seu cotidiano, bem como o sentido do ser e suas subjetividades.

Dessa forma, o objeto do estudo: o cotidiano das mães de recém-nascidos prematuros (RNP) internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em manutenção da lactação diante da (im)possibilidade de amamentar. E o objetivo da pesquisa: compreender o cotidiano das mães de recém-nascidos prematuros (RNP) internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em manutenção da lactação diante da (im)possibilidade de amamentar.

Conhecendo o cotidiano da mulher diante dessa situação, podemos assistir as mães ainda dentro da UTIN, o que implicará em um cuidado ampliado ao binômio, favorecendo em uma assistência qualificada ao RN e sua família. Assim, os

profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, terão subsídios para favorecer o desenvolvimento de um cuidado mais próximo das vivências maternas. Estimular uma relação mais afetiva entre a mãe e o bebê. O enfermeiro, como um ser intermediador entre o RN e sua família, torna-se um dos principais sujeitos que proporcionam subsídios a essa ligação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresenta-se a posição prévia, a qual se refere à tradição científica, o que há de científico acerca da temática de investigação (HEIDEGGER, 2009).

Nesse sentido, a fim de dar visibilidade a essa mulher que está na UTIN diante da manutenção da lactação e dar subsídios para a enfermagem cuidar de neonatos, as mães e suas famílias descreve-se uma contextualização da temática das demandas de saúde de RNs nas dimensões histórica, política, epidemiológica, clínica e de cuidado à sua saúde e de sua mãe.

2.1 Dimensão política da saúde da criança

O interesse político pela criança no Brasil teve como primeiro marco o Departamento Nacional da Criança (DNCr), um programa de proteção à maternidade, à infância e à adolescência instituído durante o Estado Novo. Seu executor era o Ministério da Educação e Saúde. A proposta do DNCr implicava em uma participação ativa da sociedade, ou de certos atores sociais, como médicos, professoras, autoridades públicas e as mulheres em geral, para que seu fim fosse atingido. Atribuía-se, ainda, a esses atores uma afetividade natural para com a criança, de forma que bastavam boa vontade e articulação nacional para que os problemas fossem superados (PEREIRA, 1999).

Em 1970, ocorreu a transformação do DNCr em Coordenação de Proteção Materno-Infantil, a qual tinha como finalidade planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1970).

No final da década de 70, o Brasil apresentava altas taxas de mortalidade infantil, e instalaram-se estratégias de ações a fim de reduzir a desnutrição crônica e o desmame precoce. Para reverter essa situação ocorreu uma mobilização social pró-amamentação, a qual constituiu um dos fatores de maior destaque no cenário da promoção do AM no Brasil (ALMEIDA, 1999).

Em 1981, vinculado ao Instituto Nacional de Nutrição e Alimentação instituiu-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Os resultados alcançados com o PNIAM foram: implantação do sistema de alojamento

conjunto nas maternidades, o estabelecimento de normas para a implantação e funcionamento de bancos de leite humano, a instituição de um código de comercialização dos sucedâneos do leite humano, a licença-maternidade de 120 dias sem prejuízo para o emprego e o salário, o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação, a inclusão do tema em currículos escolares, a realização de programas de capacitação de recursos humanos em diferentes níveis de complexidade, a implantação de centros de referência, a criação de grupos de apoio a mulheres que amamentam e o desenvolvimento de pesquisas e estudos em colaboração ao tema.

Em 1984, foram criados, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Até então, o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1998).

O PAISM trouxe uma forma diferenciada de abordagem à saúde da mulher, sustentado no conceito de "atenção integral à saúde das mulheres". Esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução. Esse programa constituiu-se na primeira vez em que o Estado propôs, oficial e explicitamente, e efetivamente implantou, embora de modo parcial, um programa que inclui o planejamento familiar e o incentivo ao aleitamento materno, dentre suas ações (OSIS, 1998).

O PAISC, por sua vez, teve como ações básicas assegurar integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias para a priorização das ações preventivas, cujo eixo básico é garantir o adequado crescimento e desenvolvimento. As cinco ações básicas propostas pelo PAISC são: o incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; imunização para controle das doenças preveníveis; controle das doenças diarreicas; e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. A ação conjunta dos PAISM e PAISC é o incentivo ao aleitamento materno.

Embora não esteja explícito nas propostas do PNIAM o incentivo ao aleitamento materno dos RNPs, pode-se considerar que dentre as condutas de política de incentivo ao aleitamento desses bebês está a preocupação com a

consolidação dos BLHs que, em 1984, passaram a ser vistos como importantes aliados nas questões do aleitamento (GOTA DE LEITE, 2005).

Em 1987, o grupo técnico do BLH foi transformado em Comitê Nacional do BLH, com a atribuição de aperfeiçoar as condições operacionais dos BLHs no Brasil, atuando como promotores da amamentação natural, sobretudo nas condições especiais, como o aleitamento dos pré-termo, a relactação e a lactação adotiva (BRASIL, 2008).

Na década de 90, mostravam-se os resultados da política estatal da década anterior, porém, o acréscimo de lactentes que foram amamentados ao seio foi se estabilizando; na tentativa de aumentar a abrangência do aleitamento materno exclusivo, foi implantado o Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Em 1992, a IHAC foi incorporada pelo MS como ação prioritária. Ela se apresentou como uma forma de mobilização dos profissionais de saúde que trabalham em serviços obstétricos e pediátricos em favor da amamentação. É uma estratégia mundial patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio de ações pró-amamentação conhecidas como os dez passos para o incentivo do Aleitamento Materno (VANNUCHI et al., 2004).

Em consonância com as ações mundiais pró-aleitamento materno, em 1998 foi criada a Rede Brasileira de BLH. Iniciativa do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com a missão de promover a saúde da mulher e da criança, mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, unidades da federação, municípios, iniciativa privada e sociedade, no âmbito da atuação dos BLHs. Os objetivos dos BLHs são: promover, proteger e apoiar o AM; coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada; contribuir para a redução da mortalidade infantil. Dessa forma, seus objetivos têm sido atingidos, e beneficiados, em especial, os RNPs (BRASIL, 2008).

Com o intuito de prestar uma assistência mais humanizada e de qualidade ao RNBP e sua família, em 1999 foi oficialmente apresentada pelo MS a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru. A fim aprimorar os cuidados prestados a esses RNs, essa estratégia abrange questões como os cuidados técnicos com o RN (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do

vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta (BRASIL, 2002).

Em 2004, a saúde da criança passou a ter destaque a partir das linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, as quais vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto da Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde (BRASIL, 2009).

Em 2005, lançou-se a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que ela possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. Com isso, a saúde integral da criança aborda a atenção integral à saúde do RN, incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vigilância da mortalidade infantil e fetal, prevenção de violência e promoção da cultura de paz, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2009).

Em 2009 foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro, defendendo que: todos os prematuros nascem livres e iguais em dignidade e direitos; têm direito a tratamento estabelecido pela ciência, às condições básicas de equilíbrio e vitalidade, têm direito de serem alimentados com o leite de sua própria mãe ou, na falta desta, com o leite pasteurizado de outra mulher, tão logo suas condições clínicas o permitirem (TAVARES, 2011).

2.2 Dimensão epidemiológica de recém-nascidos prematuros

Um dos melhores indicadores de qualidade de vida de uma população é o coeficiente de mortalidade infantil. Esse coeficiente possui dois componentes importantes: mortalidade neonatal e mortalidade infantil tardia ou pós-neonatal. Sabe-se que, quanto mais desenvolvido o país, maior é o componente neonatal sobre a mortalidade infantil, pois as condições socioambientais fazem com que a mortalidade pós-neonatal se reduza (CARVALHO; BRITO; MATSUO, 2007).

No Brasil, desde os anos de 1980, a mortalidade infantil apresenta-se em declínio. No final da década de 90, houve uma inversão na relação entre o

componente neonatal e pós-neonatal, em que o primeiro passou a ser quase duas vezes maior que o segundo (ARAUJO et al., 2005).

O peso de nascimento e a idade gestacional são os fatores isolados mais importantes relacionados ao óbito neonatal. Pesquisa recente aponta que se tem um risco de óbito seis vezes maior entre recém-nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas e/ou peso menor que 2500 g (ARAUJO et al., 2005).

A mortalidade estratificada por peso e idade gestacional apresentou um aumento estatisticamente significativo dos óbitos em recém-nascidos com peso menor que 2000 g e de idade gestacional menor que 34 semanas. A prematuridade contribui com 77% dos óbitos e o baixo peso ao nascer com 77.7% (ARAUJO et al., 2005). Em pesquisa semelhante, Shrimpton (2003) percebeu que um aumento de 100 g no peso de nascimento dos RNBP está associado com uma redução de 30 a 50% na mortalidade neonatal.

Quanto ao fator de risco idade gestacional, no Brasil, a incidência de casos notificados é de 49,4% prematuros (n=115.783), 50,3% a termo (n=117.933) e 0,3% pós-termo (n=668). No RS, os casos notificados são 58,4% (n=7255) prematuros, 41,4% (n=5135) a termo e 0,2% (n=22) pós-termo. Na cidade de Santa Maria os casos notificados são de 68,9% (n=330) prematuros, 31,1% (n=149) a termo (BRASIL, 2007).

Com os avanços da neonatologia, a sobrevivência desses RNs aumentou significativamente. Na última publicação do National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), dos EUA, na pesquisa a respeito da sobrevivência dos prematuros, foram apresentados os seguintes resultados: 84% dos RNs de 501 a 1500 g sobreviveram; entre os que pesavam 501 e 750 g a sobrevivência foi de 54%; entre 751 e 1000 g foi de 86%, entre 1001 e 1250 g foi de 94%, e entre 1251 e 1500 g foi de 97% (NICHD, 2006). Estes dados demonstram o desafio que temos pela frente: nutrir esses recém-nascidos.

2.3 Dimensão clínico-assistencial ao recém-nascido prematuro

Os estudos realizados na temática são em sua maioria de natureza clínico-epidemiológica e de tendência assistencial (TRONCO; et.al, 2010). Eles contemplam os fatores de risco do baixo peso ao nascer, morbidade e mortalidade neonatal. Enfocam questões clínicas do RNBP, apresentam as demandas de hospitalização e

protocolos de tratamento. Abordam também os fatores nutricionais, tanto o aleitamento materno e a alimentação com leite humano, quanto a nutrição artificial. (DALL'OGGIO et al., 2007; SRITIPSUKHO et al., 2007; ZUKOWSKY, 2007; BRAIMA; RYAN, 2008; BONNARD et al., 2008; CHAMBERS, 2008; CHAWLA et al., 2008; GIANNANTONIO et al., 2008; GROVER et al., 2008; KUDAWLA et al., 2008; MCINNES; O'CONNOR et al., 2008; SMANS et al., 2008)

Contribuem com as rotinas de atendimento e cuidados prestados ao RN, como: manutenção da temperatura, cuidados com a pele, distúrbios respiratórios e gastrintestinais, controle rigoroso do peso, risco de infecção e nutrição, destacando as diferentes técnicas alimentares e a promoção do aleitamento materno. E os métodos diagnósticos, manejo das complicações, qualificação da equipe e utilização adequada de novas tecnologias, como o uso de incubadoras e de nutrição parenteral para aperfeiçoar o atendimento ao RNBP (GAYLORD et al., 2001; RISKIN et al., 2006; ERSCH et al., 2007; HOWE et al., 2007; LAPTOOK et al., 2007; DARMSTADT et al., 2008; GAGLIARDI L et al., 2008; LAFEVER et al., 2008).

Esses cuidados devem ser tomados, pois os RNs de alto risco possuem instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal ou distúrbios durante a gestação, portanto necessitam de cuidados intensivos.

Dentre eles, destacam-se os RNBPs, pois somado ao impacto na morbimortalidade infantil, esses bebês têm 60% de chance de reinternarem pelo menos uma vez até a idade escolar (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2009).

Guimarães (2002) aponta como a etiologia do baixo peso ao nascer é, em muitos casos, desconhecida, visto que os partos prematuros e/ou que resultam em baixo peso ao nascer associam-se a vários fatores, dentre os quais: sexo do RN, etnia, peso e estatura maternos e paternos, paridade, intervalo interpartal, cuidados pré-natais e ganho de peso durante a gravidez. Cloherty, Eichenwald, Stark (2009) acrescentam: baixo nível socioeconômico, gestantes com idade menor que 16 anos ou superior a 35 anos, atividades maternas, doenças maternas agudas e crônicas, gestações múltiplas, parto prematuro anterior, fatores obstétricos e condições fetais.

Para isso é necessário atentar para as características do desenvolvimento desses RNPs, como: a pouca reserva de carboidratos e gorduras, o alto metabolismo, o alto *turnover* proteico, a necessidade elevada de glicose para a energia e metabolismo cerebral, a necessidade aumentada de gordura para

metabolismo, depósito e desenvolvimento cerebral, neuronal e vascular, a maior perda insensível de água, a peristalse mais lenta, a produção limitada de enzimas no trato gastrointestinal, a presença frequente de eventos estressantes (hipóxia, desconforto respiratório, sepse) e o prejuízo no desenvolvimento, caso não seja nutrido (REGO, 2009).

Para isso, o método indicado para iniciar a alimentação dos RNPs é a gavagem simples ou intermitente em *bolus*. É a que mais se aproxima da forma usual de alimentação dos RNs. Durante a gavagem pode-se instituir uma preparação para a sucção, a sucção não nutritiva. A gavagem contínua é indicada para os prematuros extremos com estresse respiratório importante, pós-operatório de cirurgia abdominal, refluxo gastroesofágico e resíduo gástrico persistente.

O que se almeja ao alimentar o RNP, além de proporcionar-lhe a melhor condição nutricional possível, é prover na alimentação fatores que possam beneficiá-lo também em outras áreas e nas consequências a médio e longo prazo. Assim, o leite humano, pelas suas qualidades únicas, aparece como a melhor escolha (RAMOS, 2008).

O leite materno é universalmente aceito como o melhor alimento para os bebês tanto de risco como normais, por oferecer vantagens econômicas, imunológicas, nutricionais, endócrinas e emocionais. É considerado a alimentação ideal para o RNP, pois, nas primeiras quatro semanas após o parto, esse leite contém maior concentração de oxigênio, proteínas com função imunológica, ácidos graxos de cadeia média, lipídios totais, vitaminas A, D e E, cálcio, sódio e energia mais do que o leite da mãe de recém-nascido a termo. A mãe do prematuro produz leite com maior composição de gordura e proteínas, e menor de açúcar do que o leite maduro, de 4 a 6 semanas (LOPES; SILVA; QUINTAL, 2002).

Pesquisas mostram uma melhora no prognóstico do desenvolvimento neurológico dos bebês prematuros amamentados quando comparados com os que receberam fórmula láctea. RNBP's sem outras patologias sintomáticas que receberam leite materno permaneceram menos tempo internados e com menor perda de peso, quando comparados com os que receberam fórmula láctea. Há diminuição do risco de doenças agudas e crônicas, e aumento da sobrevivência de RNMBP, quando em AM (MANCINI; MELENDEZ, 2004).

Segundo a fisiologia da lactação, a produção de leite está relacionada com a frequência de sua retirada. Assim, as mães dos RNPs que não amamentam no peito

devem ser orientadas a realizar a ordenha mamária pelo menos seis vezes por dia. A qual está significativamente relacionada à maior produção de leite na segunda semana após o parto prematuro. O atraso ao iniciar a expressão mamária e a inibição da ejeção do leite em razão da ansiedade e preocupação com seu filho pode causar insuficiência láctea. A estimulação precoce das mamas, especialmente, antes de 48 horas após o parto, pode ser decisiva para a manutenção láctea ideal nas semanas subsequentes (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

É importante orientar a mãe do RNP a realizar a expressão mamária logo após o parto, mesmo que o RN fique em jejum por um período indeterminado, favorecendo o início da lactação. Nos primeiros dias após o parto, o reflexo de ejeção do leite responde a estímulos tácteis, olfatórios, visuais e auditivos. Com isso, a presença materna no local onde o bebê está internado, criando condições para que essa mulher acompanhe a evolução do estado de seu filho e participe dos cuidados prestados, poderá propiciar melhores condições para a lactação (SILVA, 2009).

2.4 Dimensão do cuidado ao recém-nascido, sua mãe e sua família

O nascimento de um RNP é cercado de incertezas devido à necessidade de internação da UTIN e a separação inesperada entre os pais e o filho. Essa separação poderá causar danos tanto para o RN quanto para os pais, modificando a relação iniciada durante a gestação. Santana (2003) diz que o contato inicial mãe-filho, prejudicado pela internação na UTIN, pode influenciar negativamente a construção da relação entre eles e do ambiente familiar, causando aumento do estresse na família e prejuízo no estabelecimento do vínculo entre mãe/família e a criança.

Badinter (1985) acredita que para a família de um bebê prematuro é difícil não só estabelecer vínculo com o filho. As dúvidas acerca de sua sobrevivência são muitas e o sentimento de culpa por ter tido um filho prematuro faz com que, muitas vezes, os pais se afastem dele que mostre sinais concretos de que está fora de perigo.

Além da separação prolongada, os pais desconhecem o que está acontecendo com seu filho, não sabem como ajudar, se o bebê está sentindo dor, se vai sobreviver, se ficará com alguma seqüela, como vai ser a sua relação com seu

filho internado em UTIN, isso dificulta a interação dos pais com seus filhos (SANTANA, 2003).

Sabe-se que a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança começa com o calor e o conforto fornecido pelo enfermeiro durante os cuidados. Esse pequeno paciente percebe os sentimentos do enfermeiro através de seu toque e sua voz, o que irá contribuir para tornar o ambiente do RN mais seguro, promovendo, assim, bem-estar e recuperação física da doença (AVERY, 2007).

No cotidiano de trabalho dos enfermeiros, percebe-se que a relação com o outro de uma forma autêntica acaba por ser substituído por um cuidado objetivo, uma vez que a UTIN constitui-se em um ambiente terapêutico de alta complexidade. Além da tecnologia de ponta e equipamentos diversificados, essa unidade conta com profissionais altamente qualificados e protocolos específicos para a assistência aos RNs. Sendo assim, as UTINs constituem um campo de trabalho para os enfermeiros, exigindo conhecimento técnico e científico avançados (KAMADA; ROCHA; BARREIRA, 2003).

Dessa forma, o relacionamento das mães com as enfermeiras torna-se mais distante. Parece ser uma relação na qual há os que tudo podem e sabem sobre o bebê e aqueles que, apesar de serem os principais responsáveis, não são valorizados o suficiente. As enfermeiras agem como se soubessem o que as mães que vivenciam a internação do filho na UTIN sentem e o que devem ou não saber (RODRIGUES, 2000). Os profissionais se deixam, em muitos momentos, guiar pela situação, eximindo-se de mediar a relação mãe-bebê, priorizando o desenvolvimento da tecnologia médica, as questões burocráticas e administrativas das instituições. Deixando a margem, seu foco de assistência, o cuidado humano.

O cuidado humanístico, pautado na teoria de Paterson e Zderad, vem ao encontro das necessidades do bebê e sua família, pois se baseia na relação estabelecida entre os profissionais de enfermagem e a família do RNP, mediada pelo diálogo vivido, no qual cada um sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão um do outro. Escutando e valorizando desejos, sentimentos e comportamentos para que, juntos, possam planejar um cuidado adequado. Para isso, é necessária a compreensão do significado das experiências do outro, estando o enfermeiro disposto a ir além da competência técnica e do domínio biológico, no encontro com o outro (MERCÊS; ROCHA, 2006).

Nesse sentido, os profissionais de enfermagem estabelecem uma relação propiciando reduzir o medo do ambiente desconhecido, oferecendo apoio e estimulando o contato precoce dos pais com seu filho. Os esclarecimentos sobre o que pode ser realizado com e para o bebê pode propiciar uma melhor recuperação dele, e, principalmente, favorecer a interação entre o RNP e sua família.

Nesse sentido, vê-se a necessidade de ampliar estudos que concebam o modo de ser das mães desses RNs, passando a considerar suas vivências, sua totalidade e suas singularidades, com seus entrelaçamentos existenciais, incorporando sua história de vida. A fim de que o cuidado de enfermagem na UTIN atente para o RN e sua família de forma integral, aliando a técnica ao cuidado humanizado.

Para isso é importante conhecer como se estabelece a relação entre o bebê e seus pais, para que se possa proporcionar um ambiente dentro da UTIN que incentive e apoie a interação dos pais no cuidado e recuperação do seu filho. A inclusão da família nos cuidados durante a internação poderá facilitar a comunicação e fortalecer a relação estabelecida entre eles. Da mesma forma, contribuirá para que os familiares possam cuidar de seus filhos após a alta hospitalar (TRONCO et al., 2010).

Contudo, percebe-se que poucos são os enfermeiros que dão ênfase ao cuidar da família; que compreendem a importância da mesma no bem-estar individual e grupal, e que a reconhecem como contexto central para a manutenção desse bem-estar.

A enfermagem é o cuidar e, para tanto, necessita reconhecer as individualidades daqueles com os quais está relacionando-se por meio do cuidado. Portanto, a família deve ser reconhecida como individualidade, com suas características e necessidades particulares (WERNET; ÂNGELO, 2003).

Sendo assim, desvelar o cotidiano materno diante da possibilidade e da (im)possibilidade de amamentar durante a manutenção da lactação na UTIN apresenta-se como uma necessidade de perceber as fragilidades, potencialidades e a rede de apoio dessas mulheres, com o intuito de prestar cuidados de enfermagem que contemplem tanto o RN como sua mãe e família.

2.5) Dimensão histórica e política do aleitamento materno no Brasil

Desde o descobrimento do Brasil em 1500, o aleitamento materno (AM) é discutido em diversos cenários. Nesse período foi considerado como uma tarefa indigna para as damas da sociedade, ou seja, as mães ricas não podiam amamentar. Esse pensamento levou à prática da amamentação mercenária, instituindo-se as amas de leite ou mães pretas de aluguel, as quais, em favor da criança branca, impunham o desmame a seus filhos (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Essa prática perdurou até o séc. XIX, quando o AM assumiu destaque no cenário social e científico, devido ao Estado atribuir significado econômico e político para a criança. O AM foi transformado em um instrumento na relação de reciprocidade de interesse entre a Medicina e o Estado, na qual a primeira necessitava se fortalecer socialmente e o segundo tinha o objetivo de reverter os índices de mortalidade infantil, que causavam risco à segurança nacional e provocavam medo do despovoamento territorial (MARQUES, 2001).

Com isso, surge um novo desenho para as relações no âmbito da família, a mulher-mãe passa pela primeira vez a assumir a responsabilidade para com a saúde de seu filho. Desenvolvendo-se então a medicina social ou higiene familiar, a qual elevou a mulher à categoria de mediadora entre os filhos e o Estado. Nesse período, a prática da amamentação ocorria sob a perspectiva do determinismo biológico, desconsiderando os condicionantes socioculturais que permeiam essa prática, e ainda, o leite humano era tido como uma substância mágica, capaz de influenciar o caráter e a constituição física da criança (ALMEIDA, 1999).

Em meados do séc. XIX, o paradigma construído pela medicina higienista começa a se tornar frágil. A fim de explicar o insucesso na amamentação, considerou-se apenas a questão da dimensão individual das mulheres. Aquelas que se submetiam cegamente às regras higiênicas e que, mesmo assim, não eram capazes de amamentar, desviavam-se da normalidade por serem portadoras de uma nova patologia: a síndrome do leite fraco (ALMEIDA, 1999).

No início do séc. XX, a figura do leite fraco se desdobrou em inúmeras outras alegações maternas para verbalizar diversas razões para o desmame precoce, ainda familiar nos tempos atuais. Essas razões permitiram a construção da Síndrome da Hipogalactia.

Ainda no início desse século, em meio a esse contexto, com o crescente avanço tecnológico após a Revolução Industrial, ocorreu um aumento no número de nascimentos hospitalares. Os obstetras passaram a assumir o cuidado dos neonatos. Ocorreram mudanças significativas na assistência hospitalar ao RN, e os berçários passaram a ter, também, finalidade social. A redução da mortalidade neonatal era uma garantia de força de trabalho inserida em um contexto de redução das taxas de natalidade e de risco de escassez de mão de obra (SCOCHI, 2000).

No Brasil, em 1910, a taxa de mortalidade neonatal era a mais alta entre os países subdesenvolvidos, variando entre 7 e 9% (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). Isso se devia ao uso crescente do leite industrializado, motivado pelo crescimento das indústrias no país. A partir da década de 20, o aleitamento artificial cresceu à medida que ocorriam a recusa social ou a impossibilidade física de amamentar. Como consequência, surgiu a mamadeira, simbolizando modernidade e urbanismo. Nesse cenário, passou-se da condenação do desmame ao total estímulo ao aleitamento artificial (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Nas décadas de 40 e 50, o aumento do número de partos hospitalares, a implantação dos berçários tanto para RNs saudáveis quanto para enfermos e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a alimentação dos RNs contribuíram para a implantação de normas e políticas que dificultaram o AM. Sendo assim, a fabricação de leites artificiais se dava em larga escala. Esses novos produtos eram difundidos como resposta às descobertas sobre as necessidades nutricionais resultantes dos avanços do conhecimento científico em relação às peculiaridades fisiológicas do lactente (AGUIAR et al., 1984; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Esse modelo de desmame precoce e a utilização de leite artificial trouxeram efeitos adversos. Na tentativa de resolver essa questão foram criados os Bancos de Leite Humano (BLH), em 1943. Os BLHs tinham por objetivo coletar e distribuir leite humano para atender os RNs prematuros, os com distúrbios nutricionais e os com alergia à proteína de vaca. O leite humano era utilizado apenas por suas propriedades terapêuticas, uma vez que o leite industrializado era considerado sempre a primeira opção para a alimentação do lactente normal. Os BLHs se tornaram uma via alternativa para os casos de falha no modelo de dieta do lactente durante esse período.

Somente em 1974, quando foi lançado o livro *The Baby Killer* escrito por Mike Muller, o qual denuncia a ação das companhias de produtos alimentares para

lactentes, começou-se a questionar a qualidade dos leites industrializados. Nesse período o *marketing* elevava drasticamente os índices de morbimortalidade infantil nas populações pobres do continente. A diarreia e a desnutrição foram as duas principais consequências do que passou a ser chamado de desmame comerciogênico. O AM retornou ao discurso da saúde pública internacional como estratégia importante para resolver questões de ordem biológica, como a morbidade e a mortalidade infantis decorrentes do desmame precoce (ALMEIDA,1999).

No Brasil, no final da década de 70, o desmame precoce e o uso cada vez maior de leites industrializados levou a sérios agravos à saúde pública. Nesse período, a Organização das Nações Unidas (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) iniciaram mobilizações em todo o mundo com a finalidade de retomar a valorização do ato de amamentar.

Em 1979, numa reunião conjunta OMS/UNICEF foram discutidos temas de estímulo e apoio ao AM, promoção e apoio às práticas sociais de desmame adequado. Começaram a se desenvolver estudos sobre as condições sociais e de saúde da mulher que amamenta e foram regulamentadas normas de comercialização e divulgação ética dos sucedâneos do leite materno.

No ano de 1980, no Brasil, ocorreu uma mobilização pró-amamentação, a qual se constituiu em um dos fatores de maior destaque no cenário da promoção do AM. Em 1988, os BLHs tiveram uma mudança na sua ótica de trabalho, rompeu-se o paradigma de ama de leite do séc. XX para se tornarem unidades a serviço da amamentação. Nesse período foram também instituídas as Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes. Em 1992, estas foram revistas e houve inclusão de normas para comercialização de bicos e mamadeiras.

No final do séc. XX, a biologia da excepcionalidade possibilitou a reedição da antiga fórmula de introjeção de elementos culturais de leites industrializados na sociedade. A principal diferença entre o modelo atual e o do desmame comerciogênico é que este contemplava todos os RNs como potenciais consumidores e o presente está direcionado para aqueles que vivenciam situações particulares, como a prematuridade extrema, nas quais o leite humano não seria a melhor alternativa alimentar (ALMEIDA, 1999).

O prematuro foi o primeiro foco da nova estratégia de *marketing* da indústria. A nutrição do RNBP representava um terreno fértil para as especulações científicas, necessárias à lógica da vanguarda científica promovida pela indústria

de leites modificados, tendo em vista as muitas dúvidas existentes sobre as peculiaridades fisiológicas do metabolismo desses lactentes.

.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este foi um estudo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica, pautado no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger.

Os estudos qualitativos trabalham com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Nas pesquisas fenomenológicas, o pesquisador toma o fenômeno como essencial, o qual é tudo o que se mostra, manifesta, se desvela, ou, mais precisamente, tudo o que se mostra aquilo que é (HEIDEGGER, 2009). Com o intuito de compreender sua totalidade e complexidade partindo das vivências e experiências de cada indivíduo em certo tempo e espaço.

A abordagem fenomenológica foi utilizada, uma vez que dá ênfase ao significado que as pessoas conferem às coisas e à vida. Para Martins e Bicudo (1994), ao trabalhar esse tipo de abordagem, o pesquisador deve inicialmente situar o fenômeno, isto é, deve haver um sujeito que descreva suas experiências e vivências em uma determinada situação. Visa captar e apreender o vivido das pessoas, compreendendo o fenômeno em sua essência. Assim, o fenômeno a ser estudado nesta pesquisa foi o cotidiano das mães de RNs que estão internados na UTIN, diante da manutenção da lactação devido às condições clínicas do bebê.

A fenomenologia é o estudo das essências, pois a possibilidade de compreender homem e mundo só é possível por meio de sua facticidade. Heidegger (2009) entende que a essência do homem (ser-aí) reside em sua existência. Sendo assim, ela não privilegia o sujeito nem o objeto, e, sim, a relação entre ambos, pois entende que um é determinante do outro.

No enfoque fenomenológico, Heidegger (2009) destaca que o encontro entre o pesquisador e o fenômeno a ser investigado segue uma trajetória, cuja finalidade é “*ir à coisa mesma*” e, na tentativa de tornar visível e explícita a constituição da realidade do mundo-vida, revela-se a essência do fenômeno.

Para Heidegger (2009), a condução da investigação fenomenológica apresenta-se como possibilidade de sustentação metodológica, a qual se distancia do senso comum e reduz pressupostos. A pesquisa fenomenológica parte da compreensão do mundo-vida, não se fecha em conceitos, definições, e por meio da interpretação conduz a uma nova compreensão (CARVALHO, 1991).

Essa abordagem busca desvelar no objeto de estudo, a maneira como ele é em si mesmo – como é o cotidiano das mães diante manutenção da lactação por meio do seu significado – ou seja, um saber do fenômeno e não somente sobre ele. Para tanto, suspende o conhecimento factual – o que já se sabe sobre os fatos – em busca da compreensão existencial do fenômeno (HEIDEGGER, 2009). Desse modo, possibilita lançar um olhar às mães de recém-nascidos prematuros em seu mundo próprio existencial.

A fim de descrever a condução da etapa de campo, apresentam-se o campo de investigação, os participantes, os movimentos de ambientação e aproximação, produção de dados, a análise das estruturas significantes e a hermenêutica interpretativa.

3.2 Etapa de campo da pesquisa

3.2.1 Campo de investigação, Aproximação e Ambientação, Sujeitos

O campo de investigação foi a UTIN do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o qual é um hospital-escola e referência para a região centro do Rio Grande do Sul (RS). A UTIN está situada no 6º andar desse hospital, possui leitos de alto risco, médio risco e de isolamento. Atende recém-nascidos de todas as cidades do RS, designados pela central de leitos do estado. Em sua estrutura, conta com uma sala exclusiva para as mães, local onde elas podem permanecer durante o dia.

Os sujeitos da pesquisa foram as mães de RNPs internados na UTIN, que estavam em manutenção da lactação devido às condições clínicas do bebê. O número não foi predeterminado, pois a etapa de campo mostrou a suficiência de significados que responderam ao objetivo da pesquisa. Portanto, foi desenvolvida concomitantemente à etapa de análise, que mostrou quando os significados produzidos anunciaram o desvelamento do sentido, o fenômeno de investigação

(BOEMER, 1994). Foram excluídas as mães de RNs que estavam fazendo ablactação.

Para selecionar as mães que poderiam participar da pesquisa, primeiramente foram acessados os profissionais do serviço a fim saber quais eram as mães que faziam ablactação. Totalizaram-se sete entrevistas.

A aproximação ao cenário é o momento de estabelecer relações com as pessoas que ali se encontram, tanto os profissionais do serviço quanto com as depoentes (PADOIN, 2006), considerada uma estratégia positiva, pois as depoentes se mostraram “dispostas para”.

Souza (1993) traz que a ambientação diz respeito ao movimento necessário de buscar ter clareza do objeto de estudo, se permitir ouvir, sentir e refletir. Para Padoin (2006), a ambientação é um movimento, mediado pela subjetividade. Momento em que ocorre a busca pela singularidade, busca dos significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito.

Para desenvolver a aproximação e a ambientação, apresentei o projeto para a equipe da UTIN em diferentes turnos de trabalho, preferencialmente durante a tarde, momento em que as mães se encontravam por um período de tempo maior na unidade. Na ocasião, permanecia na unidade uma vez que as mães estavam presentes, assim era possível conhecê-las, com vistas a reconhecer a disposição das mesmas para o encontro.

3.2.2 Produção dos dados

Para a produção dos dados foi realizada a entrevista fenomenológica no período de dezembro de 2010 a abril de 2011. Essa modalidade de acesso aos participantes possibilita dar conta do vivido do ser humano, tal como se apresenta na sua vivência, por meio de um movimento de compreensão. Como modo de acesso ao ser, a entrevista é desenvolvida como um encontro, singularmente estabelecido entre a pesquisadora e cada participante (CARVALHO, 1991).

Durante o encontro, a pesquisadora precisou: estar atenta aos modos de se mostrar das mães entrevistadas; captar o dito e o não dito; observar as outras formas de discurso: o silenciado, os gestos, as reticências e as pausas; e respeitar o espaço e tempo do outro. Essa posição de abertura da pesquisadora ao outro possibilitou aprimorar, progressivamente, a condução da entrevista, a fim de permitir

que o fenômeno emergisse em cada uma das entrevistas (CARVALHO, 1991). A entrevista se iniciou pela questão orientadora: Como está sendo tirar o leite para alimentar seu filho?

No decorrer da entrevista, a pesquisadora formulava questões empáticas, a fim de evitar induzir respostas, destacando questões expressas pelas próprias mães, que precisavam ser aprofundadas para melhor compreensão dos possíveis significados apontados.

Para encerrar a entrevista, era desenvolvido um *feedback*, perguntando se a mãe gostaria de acrescentar algo e agradecendo sua disposição para esse encontro.

Os depoimentos foram gravados, mediante consentimento, e a transcrição das entrevistas se deu conforme a fala originária, na qual a pesquisadora apontou os silêncios e as expressões corporais observadas durante o encontro. As entrevistas foram codificadas com a letra M de mãe, seguida dos números 1 a 7.

3.3 Método de análise

Para interpretação dos dados foi utilizado o referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger (2009). O método fenomenológico heideggeriano é um “deixar e fazer ver por si mesmo, aquilo que se mostra tal como se mostra, a partir de si mesmo” (HEIDEGGER, 2009, p. 40). Propõe ser o homem o ente questionador, que dialoga com o mundo. Questionar significa “buscar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é” (HEIDEGGER, 2009, p.40). O questionamento se desdobra em três polos (PAULA, 2008):

Polos do questionamento	No presente estudo
O que interrogamos para obter o perguntado a respeito do questionado – interrogado – o ente em sua cotidianidade que mantém o ser velado em seu sentido – ente	Mãe do RNP diante da manutenção da lactação.
O que questionamos – questionado – o que se mostrando como ente está por ora obscuro – ser	Ser-mãe-de-RNP internado na UTIN.

O que perguntamos a seu respeito – buscado – qual é a sua intenção ou direção, refere-se ao sentido – sentido	O sentido do ser-mae-de-RNP internado na UTIN diante da manutenção da lactação.
---	---

Heidegger propõe que o mover metodológico da pesquisa fenomenológica é a hermenêutica e pressupõe-se que, em “uma investigação sobre o sentido do ser, não se pode pretender dar uma tal explicação no início” (HEIDEGGER, 2009, p.41). Para tanto, faz-se necessária uma trajetória desde o questionamento do quem, a compreensão dos significados que compõem a dimensão ôntica, para, então, alcançar a hermenêutica, por meio da interpretação dos sentidos que compõem a dimensão ontológica.

A elaboração da visão prévia ocorreu na compreensão dos significados e na interpretação dos sentidos manifestados nos depoimentos, a partir dos dois momentos: a compreensão vaga e mediana e a hermenêutica compreensiva. Esses momentos são fundamentais para chegar no desvelamento do ser. A concepção prévia é delineada simultaneamente pela posição prévia e pela visão prévia, e a esta apreensão (concepção prévia) se devem dirigir as estruturas ontológicas (HEIDEGGER, 2009, p.304).

A compreensão vaga e mediana busca compreender os significados expressos nos depoimentos e a hermenêutica compreensiva, a interpretação dos sentidos que serão desvelados através dos significados.

O primeiro momento metódico consta da suspensão de pressupostos do pesquisador ao desenvolver a escuta e leitura atentas dos depoimentos, em busca de compreender a cotidianidade da mãe, sem impor-lhe categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prática. “O que se busca no questionar de ser não é algo inteiramente desconhecido, embora seja, numa primeira aproximação, algo completamente inapreensível” (HEIDEGGER, 2009, p. 41).

A compreensão vaga e mediana se dá a partir da fala das depoentes, a qual é “a articulação significativa da compreensibilidade do ser-no-mundo, a que pertence ao ser-com e que sempre se mantém em um determinado modo de convivência ocupacional” (HEIDEGGER, 2009 p.224). Sendo a abertura do ser-no-mundo.

E pelo escutar que é constitutivo da fala, é o estar aberto para a presença como ser-com os outros, pois a voz do outro traz toda a presença consigo. Apreender a essência da linguagem se dá por momentos singulares,

compreendendo a linguagem pela expressão: como anúncio de vivências, configurações da vida, forma simbólica (HEIDEGGER, 2009).

A partir dessa modalidade de acesso às depoentes foi possível destacar as estruturas essenciais, compondo um quadro de análise (Apêndice A). Deste, foram constituídas as unidades de significação com trechos dos depoimentos, de modo a ilustrar e compor o conceito vivido; "a interpretação dessa compreensão mediana de ser só pode conquistar um fio condutor com a elaboração do conceito de ser. E à luz desse conceito e dos modos de compreensão explícitos nela que se deve decidir o que significa essa compreensão de ser para um esclarecimento do sentido de ser". (Heidegger, 2009, p.41).

A compreensão interpretativa, segundo momento metódico, é o desvelar do fenômeno, é a dimensão ontológica em que este não se mostra diretamente, está velado, sendo necessário desfazer o que é factual para manifestar-se o sentido do ser.

O segundo momento metódico desvela os sentidos do ser, que se mostra a partir do primeiro movimento de análise. Esses sentidos foram interpretados segundo os conceitos teóricos do referencial filosófico de Martin Heidegger, trazidos na obra *Ser e Tempo*. No intuito de alcançar a essência do fenômeno, desvelando facetas da dimensão existencial do seu modo de ser (Heidegger, 2009, p.44).

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007), que trata de pesquisas com seres humanos, a presente pesquisa seguiu os seguintes trâmites: o projeto foi encaminhado para a Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM a fim de receber um parecer e autorização para o desenvolvimento da mesma na UTIN do hospital (Anexo A). Após, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, a fim de emitir um parecer Consubstanciado e Carta de Aprovação para a realização da mesma, CAAE: 0294.0.243.000-10 (Anexo B).

Ainda, em cumprimento com a legislação específica, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C). Neste, apresentam-se os objetivos da pesquisa, os riscos de desvelar sentimentos, emoções e percepções até então veladas. Após contato com a equipe da UTIN, acordou-se que se necessário as mães seriam atendidas por essa equipe, mas não houve necessidade

de nenhum encaminhamento. O benefício era de, a partir dos resultados, a pesquisadora mobilizar um cuidado de Enfermagem melhor. Constavam também o esclarecimento do direito de sua livre participação na pesquisa, sem prejuízo do atendimento do bebê, do seu anonimato, bem como a autorização para o uso dos depoimentos no momento da divulgação dos resultados, na academia e nos meios de comunicação científicos.

Elaborou-se um Termo de Confidencialidade dos Dados (Anexo D), no qual os pesquisadores comprometem-se com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados. Trata do uso dos dados obtidos com finalidade científica e garantia de preservação da identidade das pessoas entrevistadas. O material será guardado sob a responsabilidade da Dra Stela Maris de Mello Padoin, na sala 1336, 3º andar do Centro de Ciências da Saúde, e após 3 anos será destruído.

Foi realizado o convite às mães de RNBP internados na UTIN e aquelas que mostraram interesse e disponibilidade para o encontro individual da entrevista fenomenológica fizeram a leitura do TCLE. Após ser lido, foi assinado pelo depoente e pelo pesquisador, ficando uma cópia com cada um.

4 RESULTADOS

4.1 Historiografia

Como toda a ciência, a historiografia com os modos de ser da *presença* está ligada à “concepção de mundo dominante” (HEIDEGGER, 2008, p.485). A historiografia tem como função abrir o que é histórico, o ser-aí tem como base o acesso ao passado histórico. O que já é conhecido como o ser-no-mundo projeta em seu ser específico. A origem existencial da historiografia se dá pela historicidade da presença e seu enraizamento na temporalidade.

Esta caracteriza-se com um salto do ôntico para o ontológico. Pois são as mães que falam sobre sua história como ser-no-mundo, os significados e sentidos que atribui à sua vida. Assim, a historiografia das mães de RNP que estão internados na UTIN se deu durante as entrevistas.

Identificação	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Nº de filhos
M1	24	casada	7ª serie	2
M2	23	casada	Ensino médio completo	2
M3	21	solteira	Segundo grau	1
M4	36	casada	Segundo grau	3
M5	26	Mora junto	Até a 8ª	2
M6	21	Casada	2 ano do ensino médio	2
M7	22	Casada	Ensino médio completo	1

Os significados e sentidos desvelados a partir da análise heideggeriana são apresentados em formato de artigo nos itens a seguir.

4.2 Artigo 1

Repercussões da prematuridade para a mãe e sua família: uma revisão integrativa da literatura¹

Prematurity Repercussions for the mother and her family: an integrative literature review

Repercusiones de la prematuridad para la madre y su familia: una revisión integradora de literatura

RESUMO: Revisão integrativa, com objetivo de analisar a repercussão da prematuridade para a família. A coleta de dados foi realizada em julho de 2011, com recorte temporal a partir de 1990. Após classificação em natureza e tendência, foram analisados os estudos de natureza sociocultural. O corpus foi composto por 12 artigos e realizada análise de conteúdo temática. Os resultados apontaram que a internação na unidade de terapia intensiva neonatal trouxe repercussões psicológicas e emocionais maternas, por meio do medo, da fadiga, da recusa e do afastamento da mãe para com o filho. Além da necessidade de apoio dispensado aos filhos que estão em casa e as restrições financeiras que inviabilizam as visitas. Recomenda-se o trabalho conjunto da equipe com a mãe e sua família, como unidade de cuidado. **DESCRITORES:** Recém-nascido de baixo peso; Prematuro; Família; Unidades de terapia intensiva neonatal; Enfermagem.

ABSTRACT: Integrative review that aims to analyze prematurity's repercussions to the family. Data collect was developed in July 2011, with time frame from 1990. After classifying nature and tendency, only studies with social-cultural nature were analyzed. Corpus was composed with 12 articles and theme content analysis was developed. Results pointed out that neonatal intensive care unit admission bring psychological and emotional repercussions to the mother, through fear, fatigue, denial and distance between mother and child. Also, the support need dismiss from the children who are at home and financial restrictions that unfeasible visits. It's recommended a team work between staff with family and her family, as a care unit. **KEYWORDS:** Infant, Low Birth Weight; Infant, Premature; Family; Intensive Care Units, Neonatal; Nursing.

RESUMEN: Revisión integradora, con el objetivo de analizar la repercusión de la prematuridad para la familia. La recolección de los datos fue realizada en julio de 2011, con recorte temporal a partir de 1990. Tras la clasificación en naturaleza y tendencia fueron analizados los estudios de naturaleza sociocultural. El corpus fue compuesto por 12 artículos y fue realizado el análisis de contenido temático. Los resultados apuntaron que la internación en la unidad de terapia intensiva neonatal trajo repercusiones psicológicas y emocionales materna, por medio del miedo, de la fatiga, de la recusa y del alejamiento de la madre para con el hijo. Además de la necesidad de apoyo dispensado a los hijos que están en casa y las restricciones financieras que inviabilizan las visitas. Se recomienda el trabajo conjunto del equipo con la madre y su familia, como unidad de cuidado.

DESCRIPTORES: Recién Nacido de Bajo Peso; Prematuro; Familia; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermería.

Introdução

¹ Artigo encaminhado para a Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. Autoria: Caroline Sissy Tronco, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Crhis Netto de Brum, Andressa Peripolli Rodrigues, Tatiane Trojahn

A partir de 1900 houve um aumento no número de nascimentos hospitalares, o que resultou em um investimento na assistência neonatal, sob responsabilidade dos obstetras. Essas mudanças na assistência hospitalar ao recém-nascido (RN) foram impulsionadas pelo desenvolvimento tecnológico, uma vez que a redução da mortalidade neonatal representava uma garantia de força de trabalho¹.

O aumento de nascimentos nos hospitais desencadeou a criação de um espaço para a assistência aos neonatos. Em 1960 a Neonatologia foi instituída como subespecialidade da Pediatria, repercutindo diretamente na sobrevivência de neonatos prematuros². Isso se evidencia pelo sistema de informação de nascidos vivos, o qual revela, desde os anos de 1980, um declínio na mortalidade infantil. A crescente importância do componente neonatal na mortalidade infantil tem resultado no investimento em pesquisa acerca de seus fatores e demandas. As quais demonstraram que o peso de nascimento e a idade gestacional (IG) são os fatores isolados mais importantes relacionados ao óbito neonatal³.

Quanto ao fator baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g), os RNs são subclassificados em: baixo peso ao nascer (1.501 a 2.500 g), muito baixo peso ao nascer (1.001 a 1.500 g) e extremo baixo peso ao nascer (menos de 1.000 g)⁴. Entre os nascidos vivos no Brasil (n=2.891.328), a incidência de recém-nascidos de baixo peso (RNBP) é de 8,1% (n=234.384). Dentre os quais, 85,1% de baixo peso (n=199.548), 8,6% com muito baixo peso (n=20.086) e 6,3% de extremo baixo peso (n=14.750). Quanto ao fator de risco IG, a incidência de casos notificados em recém-nascidos é de 50,3% a termo (n=117.933), 49,4% prematuros (n=115.783) e 0,3% pós-termo (n=668)⁵.

Os RNBPs e os prematuros são apontados como de alto risco por possuírem instabilidade fisiológica ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, asfixia perinatal ou distúrbios durante a gestação. Ao nascer sob essas condições de saúde, apresentam necessidade de cuidados especializados desenvolvidos nas unidades de tratamento intensivo neonatal (UTIN)⁴.

As mudanças na neonatologia estão contempladas na produção científica internacional e nacional, onde se encontram estudos relacionados desde a história da neonatologia até a evolução da assistência⁶. Contemplam a implementação da política pública de saúde para esse segmento populacional, as demandas para os serviços de saúde especializados, as repercussões na morbimortalidade neonatal e as implicações sociais, dentre as quais se destaca o cuidado familiar.

Sendo assim, questiona-se: Quais as demandas da prematuridade para a família do RNBP internado em UTIN? Para tanto, o objetivo foi analisar a repercussão da prematuridade

para a família nos artigos de pesquisa da temática de saúde do RNBP, de natureza sociocultural.

Metodologia

Revisão integrativa com a finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão⁷. A busca bibliográfica foi efetuada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores: “recem-nascido de baixo peso” or “recem-nascido de muito baixo peso” and “unidades de terapia intensiva neonatal”.

A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2011. O recorte temporal foi 1990-2010. Justifica-se, pautado no fato de que na década de 90 o surfactante começou a ter seu uso clínico nas UTINs, o que implicou em maior sobrevida e diminuição da mortalidade neonatal⁸.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática RNBP, cenário da UTIN, com texto completo disponível em suporte eletrônico, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Os critérios de exclusão: resumo incompleto ou sem resumo disponível *online*. O total de produções científicas disponíveis nos bancos de dados foi de 986 documentos.

A seleção dos artigos foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e dos resumos, totalizando 675 resumos de artigos. Foi aplicada uma ficha de análise documental, composta pelos itens: especificidades (origem, tipo, ano, subárea de conhecimento), natureza e tendência. Sendo que a natureza refere-se à classificação quanto ao foco da área temática e a tendência refere-se às contribuições ou recomendações que intenciona em seus resultados⁹.

Após essa classificação, foram analisados os estudos na íntegra de natureza sociocultural, aqueles com enfoque histórico, social e cultural, com relação às informações e práticas dos grupos humanos e questões de legislação, percepções e sentimentos. O *corpus* foi composto por 12 artigos (Quadro 1). Para categorizar os estudos utilizou-se a análise de conteúdo temática¹⁰. As categorias analíticas empíricas foram: as repercussões psicológicas e emocionais da prematuridade e a necessidade de apoio.

Resultados

As repercussões psicológicas e emocionais da prematuridade emergiram dos artigos por meio do sentimento de medo das mães e consequente recusa e afastamento do RN, bem como sintomas clínicos de ansiedade e depressão.

O medo se manifesta quando tem a possibilidade de se aproximar do filho ou estabelecer contato com ele, muitas vezes como resultante do risco de morte que perpassa desde a internação na UTI até a volta para casa (A1-2). Em situações que as mães não podem retirar o bebê da incubadora pode ocorrer a recusa e o afastamento do RN, em prejuízo da relação entre o binômio (A1-2). Além disso, encontrou-se o sono e a fadiga maternos como uma repercussão da internação do filho na UTIN (A2).

A prevalência dos sintomas clínicos que se referem à ansiedade e depressão nas mães durante a internação do RN na UTI está relacionada a altos índices de ansiedade (A3-8) que eventualmente decorrem da experiência de emoções intensas após o nascimento prematuro da criança. Além disso, a persistência dos problemas emocionais pode afetar a sensibilidade diante dos estímulos do bebê internado, pois a ansiedade pode refletir na interação com o filho e no comportamento futuro da criança.

A necessidade de apoio foi apontada pelas restrições financeiras para realizar as visitas ao prematuro internado e dar suporte para outros filhos que permanecem em casa (A9). Além da necessidade de apoio de avó(s) ou avô(s) materno(s) (A10), bem como da família (A11), sendo que o cuidado profissional precisa estar centrado na família (A12).

Discussão

O nascimento prematuro pode produzir alteração no relacionamento familiar, pois essa criança necessita de um suporte adequado para sobreviver, oferecido na UTIN, em razão da imaturidade de seus órgãos e fragilidade do sistema imune. Embora a UTIN seja um ambiente terapêutico, o RN vivencia esse momento de maneira solitária, considerando que a relação com sua mãe foi interrompida pelo parto prematuro.

O medo da perda demonstra o temor das mães ao conviverem com a incerteza de vida e morte de seu bebê, entretanto, com o passar do tempo, as mães veem que seus bebês podem superar as dificuldades da prematuridade. Esse período é para as mães um momento de muitas dificuldades, pois elas não acreditam que o bebê vivencie tanto sofrimento, emergências, e sobreviva com saúde¹¹.

O ambiente desconhecido, como no caso a UTIN, e a desinformação da real situação do filho podem estar relacionados com o sentimento de medo, predominante nas mães que acompanham seus bebês. Assim, esse sentimento pode ser minimizado pela assistência individualizada voltada aos pais, e em especial à mãe, oferecendo orientações claras e objetivas, fornecendo, sempre que possível, informações positivas a respeito das condições do RN¹².

O RNP, logo após o nascimento, é separado de sua mãe para receber a assistência necessária, podendo ocasionar um grande choque para os pais e a família. Essa separação faz surgir, principalmente na mãe, sentimentos de culpa, frustração e incompetência¹³.

As mães expressam um sentimento de perda e fracasso por não terem gerado uma criança saudável, pela dificuldade de retomar o relacionamento com o filho, que foi interrompido. Além da compreensão de que o bebê difere de um RN normal em termos de desenvolvimento e necessidades¹¹.

Ainda, observou-se, nos estudos da pesquisa, que a fadiga e o cansaço maternos podem ser decorrentes da escassez de sono durante a noite. Esse fator propicia fadiga durante o dia, período em que as mães acompanham o seu filho internado, e ocasiona privação na qualidade física e mental das mesmas.

Além disso, o nascimento de um prematuro pode levar a frustração de muitos desejos, fantasias e, sobretudo, rompe a possibilidade no que concerne ao exercício de ser mãe nesse primeiro momento do nascimento¹⁴. Isso ocorre, pois o bebê necessita de outros cuidados para garantir sua sobrevivência, como é o caso dos cuidados oferecidos pela UTIN.

O sofrimento psíquico diante da prematuridade, que aponta, em alguns momentos, a perda do filho, pode abrir espaço para estados de ansiedade e depressão que acompanhem a mãe durante a permanência do seu bebê na UTIN. A depressão, evidenciada nos estudos, pode diminuir com o passar tempo, sendo necessária a identificação desses sintomas depressivos antes da alta do RN da UTIN, com o intuito de evitar o risco de a mãe desenvolver depressão crônica.

Com isso, é fundamental que a equipe da UTIN tenha conhecimento de que o cuidado oferecido ao RN envolve o cuidado com os pais também. Com o nascimento de um filho prematuro e sua posterior internação, ocorre uma modificação na dinâmica familiar. Esse fato pode desencadear dificuldades para os familiares na tentativa de conciliar as visitas aos seus filhos à sua vida cotidiana¹⁵.

A família vivencia momentos de tensão entre a aproximação e o distanciamento de seu filho frente à doença. Esses momentos vão desde a possibilidade da finitude, ao estar no mundo da UTIN com suas normas e rotinas, ao relacionamento com a equipe de saúde, aos conflitos familiares e à dificuldade de diferentes ordens para estar com seu filho¹⁶.

Nesse sentido, destacam-se alguns fatores capazes de interferir no envolvimento dos pais com seus filhos prematuros, tais como os outros filhos, o trabalho dos pais, a maturidade dos pais e a instabilidade sócioeconômica¹⁷. Dessa forma, é necessário que a equipe de saúde (re)conheça as individualidades e as necessidades de cada família, quanto às suas condições

socioeconômicas e de saúde. Também, faz-se necessária a identificação da existência de outro filho, e se a família apresenta condições financeiras para subsidiar o transporte¹⁵.

A partir da internação em uma UTIN, observou-se que as famílias têm dificuldades de estar diariamente com o filho no hospital, algumas vezes por não terem com quem deixar outros filhos ou por dificuldades financeiras. A dificuldade financeira das famílias, por vezes, impossibilita os pais de irem ao hospital, uma vez que uma parcela dessas famílias depende do transporte coletivo como meio de locomoção¹⁵.

Dessa forma, a importância da equipe de profissionais em mobilizar e fortalecer os recursos das famílias. Para que isso ocorra, os grupos de apoio podem ser usados como meio de estruturar o trabalho na UTIN de forma mais responsiva às necessidades do neonato e dos familiares, oferecendo aos pais a oportunidade para lidar com o nascimento e a hospitalização de seu filho¹⁸.

Alguns hospitais oferecem para os pais que possuem dificuldades financeiras para visitar e estar com seu filho o Serviço Social, que poderá providenciar passagem para o transporte urbano. Além disso, a família precisa contar com uma rede de apoio informal que lhe permita estar junto ao filho¹⁵.

Nesse momento, torna-se relevante a presença das(os) avós(ôs) na relação dos cuidados com o filho e com o neto prematuro. Esse apoio por parte dos avós é denominado de “maternagem ampliada”¹⁹. Assim, ressalta-se a importância da ajuda das(os) avós(ôs) no cuidado e desenvolvimento de seus netos e na execução de tarefas domésticas, bem como sua participação nas interações familiares, principalmente nesse momento de internação do RN na UTIN.

As mães que possuem uma rede social mais consistente e que, por sua vez, podem ter suas necessidades emocionais atendidas, tendem a solicitar mais apoio para elas mesmas, bem como manter uma interação mais sensível com o bebê²⁰. Nesse sentido, o cuidado profissional dispensado a elas deve estar centrado na família.

Dessa forma, é necessário investir na formação e sensibilização dos profissionais de saúde que atuam em UTINs, para promover uma assistência pautada nos fundamentos da humanização e da integralidade do cuidado, a fim de proporcionar ao bebê e sua família um ambiente tranquilo e acolhedor¹⁶. No momento da visita dos pais ao filho na UTIN é fundamental que os profissionais de saúde acolham e compreendam as mães e seus familiares, a fim de que o cuidado realizado ao RN seja condizente com as necessidades apresentadas.

É relevante que os membros da equipe de enfermagem atendam às necessidades e às solicitações emergidas pelos familiares, principalmente para que os mesmos sintam-se

acolhidos e compreendidos. O profissional que recebe a família deve oferecer condições mínimas de conforto, tentando responder às preocupações, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde, tratamento e equipamentos usados no bebê¹⁵, procurando estabelecer vínculo com os pais e familiares.

Considerações finais

Os estudos demonstraram que a internação do RN na UTIN pode trazer repercussões psicológicas e emocionais em função da prematuridade da criança, caracterizadas pelo sentimento de medo das mães e consequente recusa e afastamento do RN. Além disso, com o risco de desenvolver sintomas clínicos de ansiedade e depressão.

O medo se apresentou nos estudos como resultante do risco de morte que perpassa a internação até a volta para casa. Ainda, o fato da mãe, na maioria das vezes, não poder retirar o bebê da incubadora pode causar um prejuízo na relação do binômio mãe-filho. Observou-se, também, nos estudos, que o sono e a fadiga maternos representam uma repercussão da internação do filho na UTIN.

Os sintomas clínicos de ansiedade e depressão nas mães durante a internação do RN podem decorrer da vivência de emoções intensas após o nascimento prematuro da criança. A ansiedade pode também refletir na interação da mãe com o filho e no comportamento futuro da criança.

A necessidade de apoio, apontada nos estudos, refere-se às restrições financeiras para realizar as visitas ao prematuro internado, e a necessidade de suporte aos filhos que permanecem em casa. Além do apoio dispensado pelos familiares, destacando-se a necessidade de um cuidado centrado na família.

Portanto, ressalta-se a importância da rede de familiares e profissionais para atender à mãe e seu filho de maneira integral e humanizada, com vistas a possibilitar que o período de internação na UTIN seja de preparo para os cuidados domiciliares após a alta hospitalar. Bem como se recomenda o trabalho conjunto da equipe com a mãe e sua família, como unidade de cuidado, com ações de apoio, orientação e de fortalecimento.

Referências

- 1 Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul Enferm.* 1996;9(n esp):91-101.
- 2 Cone Junior TE. Perspectives in neonatology. In: Smith GF, Vidyasagar D, editors. *Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine.* Bethesda: Mead Johnson Nutritional Division; 1980.

- 3 Araujo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(4):463-9.
- 4 Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2009 set 15]. Disponível em: [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/ nvuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def).
- 6 Oliveira ICS, Rodrigues RG. Assistência ao recém nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(4):498-505.
- 7 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
- 8 Freddi NA, Proença Filho JO, Fiori HH. Terapia com surfactante pulmonar exógeno em pediatria. *J Pediatr*. 2003;79(Supl 2):205-12.
- 9 Tronco CS, Paula CC, Padoin SMM, Langendorf TF. Análise da produção científica acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso em UTI. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):575-83.
- 10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 11 Ramalho MAM, Kochla KRA, Nascimento MEB, Peterlini O. A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2010;10(1):7-14.
- 12 Camargo CL, La Torre MPS, Oliveira AFVR, Quirino MD. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2004 set-dez;3(3):267-275.
- 13 Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev Nutr*. 2008;21(3):293-302.
- 14 Marson AP. Narcisismo Materno: quando meu bebê não vai para casa. *Rev SBPH*. 2008 jun;11(1):161-169.
- 15 Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm* 2005 jul-ago; 58(4):444-8.
- 16 Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial online] 2007 Jan-Abr; 9(1): 200-213. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>
- 17 Franck L, Spencer C. Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth* 2003 Mar;30(1):31-5.
- 18 Sylvest A, Peitersen B. Crisis intervention for parents of extremely premature infants during hospitalization. *Ugeskr Laeger*. 2000;162:659-62.
- 19 Braga NA, Morsch DS. Os primeiros dias na UTI. In Moreira MEL. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. 1ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz;2003. p. 51- 68.
- 20 Rapoport A, Piccinini CA. A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena. *Estudos de Psicologia* 2004; 9(3):497-503.

Quadro 1. Artigos Corpus da pesquisa

Código artigos	Referências
----------------	-------------

A1	Partridge J C, Martinez AM, Nishida H, Boo NY, Tan KW, Yeung CY, Lu JH, Yu VYH. International Comparison of Care for Very Low Birth Weight Infants: Parents' Perceptions of Counseling and Decision-Making. <i>Pediatrics</i> 2005;116(2):263-271.
A2	Goswami IR, Ghosh JK, Sinha MK, Begum H, Chatterjee S. Can the Special Care Neonatal Unit Admission Cut-Off be Lowered Down to 1500g Babies ? <i>Indian Journal of Pediatrics</i> 2009;76(9):937-939.
A3	Feeley N, Zelkowitz P, Charbonneau L, Cormier C, Lacroix A, Marie CS. Assessing the Feasibility and Acceptability of an Intervention to Reduce Anxiety and Enhance Sensitivity Among Mothers of Very Low Birth-Weight Infants. <i>Advances in Neonatal Care</i> 2008;8(5):276-84.
A4	Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. <i>Rev Latino-am Enfermagem</i> 2008;1(16).
A5	Padovani FHP, Linhares MBM, Pinto ID, Duarte G, Martinez FE. Maternal Concepts and Expectations regarding a Preterm Infant. <i>The Spanish Journal of Psychology</i> 2008;11(2):581-92.
A6	Padovani FH P, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarted G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. <i>Rev Bras Psiquiatr</i> 2004;26(4):251-4.
A7	Phyllis Z, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. <i>Early Human Development</i> 2009;85(1): 51–8.
A8	Poehlmann J, Schwichtenberg AJM, Bolt D, Dilworth-Bart J. Predictors of Depressive Symptom Trajectories in Mothers of Preterm or Low Birth Weight Infants. <i>Journal of Family Psychology</i> 2009;23(5):690–704.
A9	McLoughlin A, Hillier VF, Robinson MJ. Parental costs of neonatal visiting. <i>Archives of Disease in Childhood</i> 1993;68(5):597-9.
A10	McHafifie HE. Social support in the neonatal intensive care Unit. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 1992;17(3):279-87.
A11	Pinelli J, Atkinson SA, Saigal S. Randomized Trial of Breastfeeding Support in Very Low-Birth-Weight Infants. <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> . 2001;155(5):548-53.
A12	Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. <i>Pediatrics</i> 2003;111(4):437-449.

4.3. Artigo 2

O cotidiano do ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro: possibilidades assistências a partir da
ambiguidade²

Being-a-premature-newborn-mother: daily experiences comprehension in a neonatal intensive
care unit

Ser madre de recién nacido prematuro: comprensión de la vivencia cotidiana en la Unidad de
Terapia Intensiva Neonatal

Resumo: Investigação fenomenológica com objetivo de compreender o cotidiano das mães de RNPs na UTIN em manutenção da lactação diante do nascimento prematuro. Foram entrevistadas, de dezembro/2010 a maio/2011, sete mães cujos filhos estavam internados na UTIN no Hospital Universitário de Santa Maria/Rio Grande do Sul, Brasil. Os depoimentos, analisados pelo método heideggeriano, revelaram que, diante da facticidade de ter um bebê antes da hora e que precisou se internar na UTIN, repetem-se os problemas de saúde na gestação que levaram ao parto prematuro e a mãe quer entender o que está acontecendo. Mesmo que se acostume com situação inesperada, permanece assustada. Emergiu a possibilidade do cuidado de enfermagem pautado na abordagem compreensiva mediada pela dialogicidade com a mãe e sua família.

Descritores: Mães; Prematuros; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Aleitamento Materno; Enfermagem.

Abstract: Phenomenological investigation that aims to comprehend premature newborns' mothers' daily experiences in neonatal intensive care unit (NICU). Seven mothers whose children were admitted in NICU of Santa Maria University Hospital, Rio Grande do Sul, Brazil, were interviewed from December/2010 to May/2011. Statements, analyzed through

² Artigo que será submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem. Autoria: Caroline Sissy Tronco, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Ívis Emilia de Oliveira Souza, Marlene Gomes Terra.

heideggerian method, revealed that facing the facticity of having a premature baby who needed to be admitted to NICU, repeat health problems they had during expecting that led to the early labor and want to understand what's going on. Even though they get used to the unexpected situation, they remain scared. The possibility of nursing care based on comprehensive approach through dialogue with the mother and her family emerged.

Descriptors: Mothers; Infant, Premature; Intensive Care Units, Neonatal; Breast Feeding; Nursing.

Resumen: Investigación fenomenológica con objetivo de comprender la vivencia cotidiana de las madres de recién nacidos prematuros en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Fueron entrevistadas, de diciembre/2010 a mayo/ 2011, siete madres que los hijos estaban internados en la UTIN en el Hospital Universitario de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Las declaraciones, analizadas por el método heideggeriano, revelaron que ante la facticidad de tener un bebé antes de la hora que necesitó internar en la UTIN, repite los problemas de salud en la gestación que llevaron al parto prematuro y quiere entender lo que está ocurriendo. Mismo que se acostumbre con situación imprevista permanece asustada. Emergió la posibilidad del cuidado de enfermería pautado en el abordaje comprensivo mediado por la dialógica con la madre y su familia.

Descritores: Prematuro; Madres; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Lactancia Materna; Enfermería.

Introdução

Para a mãe, o nascimento de um filho pode ser considerado um evento fisiológico e emocional permeado por sonhos, expectativas e ansiedades. Contudo, não acontecendo como previsto, com um parto complicado ou prematuro, ou uma cesariana não programada ou outra intercorrência, as prioridades são revertidas e situações que indiquem o encaminhamento do

recém-nascido (RN) à unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) concorrem para que o binômio mãe-filho seja separado, por período indeterminado de tempo, desencadeando situações conflituosas para a família e especialmente para a mãe ⁽¹⁾.

O primeiro contato da mãe com a UTIN causa espanto e surpresa, pois este é um mundo desconhecido. A UTIN pode desencadear sentimentos de esperança, por ser um local preparado para atender as necessidades do bebê, e de medo, pelo desconhecido e pelo que ela representa⁽¹⁾.

É necessário o estabelecimento de vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, o mesmo acontecendo com a equipe que presta cuidados ao RN, tornando esta uma relação de confiança, o que proporcionará bem-estar ao bebê, à mãe e à família. Com isso, destaca-se a necessidade de focalizar a assistência à tríade mãe/filho/família^(2,3).

Na condição de acompanhante, a mãe é submetida à rotina hospitalar, que inclui as circunstâncias de (im)possibilidade clínica do bebê ser amamentado. Isso implica na necessidade de manter a lactação⁽⁴⁾.

Na UTIN o papel da mãe é prover o alimento para seu filho⁽⁵⁾. Por outro lado, o desejo de recuperação do filho e de estar junto dele faz com que as mães busquem estratégias para enfrentar a prematuridade⁽⁶⁾. Durante a permanência hospitalar, tentam restabelecer o vínculo com o filho e desenvolvem habilidades no cuidado específicas ao RNP para atender as demandas de sua condição clínica de prematuridade no seguimento domiciliar^(3,7,8).

Diante disso, tem-se a necessidade de atentar às mães que têm seus filhos internados na UTIN, para compreender seu cotidiano vivido. Assim, o objeto do estudo: o cotidiano das mães de recém-nascidos prematuros (RNP) internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em manutenção da lactação diante da (im)possibilidade de amamentar. E o objetivo da pesquisa: compreender o cotidiano das mães de RNPs na UTIN em manutenção da lactação diante do nascimento prematuro.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger⁽⁹⁾. Essa abordagem busca desvelar no objeto de estudo a maneira como ele é em si mesmo – como é o cotidiano das mães diante manutenção da lactação, por meio do seu significado – ou seja, um saber do fenômeno e não somente sobre ele. Para tanto, suspende o conhecimento factual – o que já se sabe sobre os fatos – em busca da compreensão existencial do fenômeno. Desse modo, possibilita lançar um olhar às mães de recém-nascidos prematuros em seu mundo próprio existencial. Isso é possível por meio da intersubjetividade entre pesquisador e sujeito da pesquisa, na busca dos significados que as próprias mães atribuem à sua vivência, expressos em suas próprias palavras, a partir do mundo da vida cotidiana.

A etapa de campo da pesquisa foi desenvolvida no período de dezembro de 2010 a maio de 2011, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul(RS), Brasil. Este é um serviço de referência em atendimento de média e alta complexidade para a macrorregião. O cenário da pesquisa foi a UTIN. A unidade possui leitos de alto e médio risco e de isolamento, atende RNs de todas as cidades do estado. Em sua estrutura conta com uma sala exclusiva para as mães, na qual elas podem permanecer durante o dia.

Os participantes, segundo os critérios de inclusão, foram: mães de RNPs internados na UTIN, que estavam em manutenção da lactação impossibilitadas de amamentar devido às condições clínicas do bebê. Os critérios de exclusão: mães que faziam ablactação. Para selecionar as mães que poderiam participar da pesquisa, primeiramente foram acessados os profissionais no serviço a fim saber quais eram as mães que faziam ablactação.

O número de participantes não foi pré-determinado, visto que a etapa de campo desenvolvida concomitante à análise mostrou o quantitativo de entrevistas necessário para

responder ao objetivo da pesquisa, ao apontar a suficiência de significados expressos nas falas das mães⁽¹⁰⁾. Totalizaram-se sete participantes.

Para a produção dos dados foi realizada a entrevista fenomenológica. Essa modalidade de acesso aos participantes possibilita dar conta do vivido do ser humano, tal como se apresenta na sua vivência, por meio de um movimento de compreensão. Como modo de acesso ao ser, a entrevista é desenvolvida como um encontro singularmente estabelecido entre a pesquisadora e cada participante. O encontro foi mediado pela empatia e intersubjetividade, a partir da redução de pressupostos⁽¹¹⁾. Exigiu da pesquisadora uma atitude fenomenológica, para se direcionar, intencionalmente, à compreensão das mães.

Durante o encontro, a pesquisadora precisou: estar atenta aos modos de se mostrar das mães entrevistadas; captar o dito e o não dito; observar as outras formas de discurso: o silenciado, os gestos, as reticências e as pausas; e respeitar o espaço e tempo do outro. Essa posição de abertura da pesquisadora ao outro possibilitou aprimorar, progressivamente, a condução da entrevista, a fim de permitir que o fenômeno emergisse em cada uma das entrevistas⁽¹¹⁾. A entrevista se iniciou pela questão orientadora: Como está sendo tirar o leite para alimentar seu filho?

No decorrer da entrevista, a pesquisadora formulava questões empáticas, a fim de evitar induzir respostas, destacando questões expressas pelas próprias mães, que precisavam ser aprofundadas para melhor compreensão dos possíveis significados apontados. Para encerrar a entrevista, era desenvolvido um *feedback*, perguntando se a mãe gostaria de acrescentar algo e agradecendo sua disposição para esse encontro.

Os depoimentos foram gravados, mediante consentimento, e a transcrição das entrevistas se deu conforme a fala originária, na qual a pesquisadora apontou os silêncios e as expressões corporais observadas durante o encontro. As entrevistas foram codificadas com a letra M de mãe, seguida dos números de 1 a 7.

A análise, pelo método heideggeriano, foi desenvolvida em dois momentos metódicos: análise compreensiva e análise interpretativa⁽⁹⁾. A compreensão vaga e mediana – primeiro momento metódico – constou da suspensão de pressupostos da pesquisadora, ao desenvolver a escuta e leitura atentas das entrevistas. Com vistas a compreender o significado do cotidiano de mães de RNPs, sem impor-lhes categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático. Foram grifadas, nas transcrições, as estruturas essenciais, formando um quadro de análise. Desse quadro foram constituídos as unidades de significação e o discurso fenomenológico, de modo a construir o conceito vivido, o qual é o fio condutor da hermenêutica – segundo momento metódico⁽⁹⁾.

O projeto de pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP-UFSM/RS) CAAE 0294.0.243.000-10, cumpriu com a proteção dos participantes quanto aos princípios de: voluntariedade, anonimato, confidencialidade das informações da pesquisa, justiça, equidade, diminuição dos riscos e potencialização dos benefícios, resguardando sua integridade física-mental-social de danos temporários e permanentes. Foi assegurado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apresenta-se, neste momento, a unidade de significado (US) que mostra a vivência do cotidiano das mães, qual seja: ter algum problema de saúde na gestação que fez o bebê nascer antes da hora esperada. Querer saber o que o bebê tem e o que está acontecendo. Ficar preocupada com a situação, mas depois se acalmar, porém continua sendo difícil.

Resultados

A mãe descreve ter algum problema de saúde na gestação que fez o bebê nascer antes da hora esperada, que teve problemas de saúde como descolamento de placenta ou pressão alta durante a gestação, que a bolsa rompeu antes do tempo, perdeu líquido, sentia muita dor e ficou em repouso tentando segurar o bebê, mas não conseguiu. Ela não esperava que o bebê

fosse nascer antes do tempo, mas, quando viu, ele nasceu.

[...] o médico lá [hospital da sua cidade] que transferiu ele pra cá [UTI] disse [que a criança poderia ficar] uns 5 ou 6 dias talvez pra tratar a glicose. Não esperava ser tudo isso. (M2)
Eu vim pra cá porque eu tava com muita dor, daí eu passei uma noite inteira de repouso sem levantar pra nada, tentando segurar ele, mas não deu, não teve jeito [...] ele nasceu. (M4)
[...] eu não esperava que ela ia nascer de 5 meses, pra mim que não tinha dor nem nada, na segunda-feira rompeu a bolsa, só perdia líquido, quando eu vi nasceu [...] não nasceu com saúde, mas nasceu viva. (M5)
Eles [gêmeos] nasceram de 8 meses [...] porque eu tive um descolamento de placenta, daí eles nasceram prematuro. (M6)
[...] eu ganhei de 8 meses, 35 semanas e 2 dias, aí na minha gestação deu um probleminha de pressão alta, daí eu tive que controlar [...] quando procurei o médico não sabia que ia ganhar o [nome da criança] [...] começaram a induzir o parto [...] daí ganhei. (M7)

A mãe relata que ficou assustada e quer saber a situação de saúde do bebê e o que está acontecendo na UTI. Pergunta para tirar as dúvidas, recebe uma explicação, mas tem medo das respostas.

Tanto que eu chego aqui às vezes e as doutoras dizem que ela ter que fazer uma coisa, já me apavoro [...] já queria saber o porquê, daonde, como. (M1)
[...] a gente tem medo de perguntar pro médico, explicar direito o que tem, pra saber a resposta, tem que saber a resposta, dá um certo medo [...](M2)
Eu ainda não consegui falar com a médica, mas eu acho que [o bebê] tá bem. (M3)
A pediatra falou que tava tudo bem, tudo em ordem, que ele tava com um pouco de dificuldade pra respirar [na internação] [...] ela [médica] tava me explicando agora há pouco. (M4)
A gente vem aqui pra tirar uma dúvida assim, a gente sai com a resposta, nunca sai com um ponto de interrogação assim na cabeça [...] ela [a médica] nos explicou direitinho a situação assim [...] a gente sai daqui consciente daquilo que a gente escutou. (M6)
Daí eu conversei com os médicos, eles me explicaram que não era assim [...] eles conversaram, me acalmaram. (M7)

A mãe expressa ficar preocupada com a situação do bebê e com medo, chora o tempo todo. No começo é difícil, mas depois o susto passa, vai se acostumando e se acalma. Percebe que o bebê está melhor, mas a qualquer momento pode piorar, porém continua sendo difícil, pois permanece assustada.

[...] a gente fica bem preocupada [...] achava que ela não ia sair nunca, mas depois a gente se acalmou. [...] qualquer coisa já me apavoro [...] tudo eu fico assustada. (M1)
[...] eu fico nervosa, preocupada, não sei o que tá acontecendo [...] a preocupação é demais, aparentemente ele tá bem melhor do que tava, mas a preocupação fica [...] pra mim ele tá super bem [...] só que, ah meu Deus, ele tá doente, não tem como tu não ficar angustiada.[...] eu só tenho vontade de chorar, mas eu tento ao máximo botar a cabeça no lugar, tentar pensar no amanhã, vê se me acalma passar calma pra ele, mas eu não consigo, tem horas que dá aquela agonia e tu tem que chorar, assim que eu tô quase todo o dia. (M2)
Eu não tô tão assustada, eu acho que vai ficar tudo legal. (M3)
Agora eu tô bem mais... agora só choro assim de vez em quando. Na primeira semana eu

chorava assim, direto, agora não, agora já... não conseguia nem vir pra cá [...] mas o susto já passou [...] é difícil, mais passa [...] depois vai passando, a gente vai se acostumando com a pessoas, se o nenê não der nenhum susto [...] mas é bem assustador aqui dentro! (M4)
[...] a preocupação com eles [gêmeos] eu não tenho tanta [...] parece que depois que tu faz as coisa, que tu se sente mais tranquila. Eu não sei se amanhã eu vou chegar aqui com medo de pegar ele e passar de novo. (M6)
[...] eu fiquei apavorada [...] depois eu me acalmo [...] Pra mim é bem difícil, é bem complicado [...] não quero mais ter filhos. (M7)

Discussão

Ao falar do cotidiano de ter um filho que é prematuro e está internado na UTIN, a mãe se mostra como “eu” no seu existir. Ao se apresentar dessa forma, se revela como ser-mãe-de-RNP. Ao se mostrar como “eu”, assume o lugar de protagonista de suas vivências dizendo que é ela mesma: em como se re-conhece, se relaciona e se comporta.

Ser-aí, “que sempre eu mesmo sou” indica “um eu e não um outro”^(9:165). O “eu”, que se revela presente (-aí), se comporta de diferentes maneiras em seu existir. Nesse sentido, a presença, na multiplicidade de modos de ser, indica continuamente o acontecer da história vivida/vivenciada por cada ser.

O ser foi determinado por Heidegger como presença. É na presença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua história e a sua existência. A essência do homem reside em sua existência⁽⁹⁾. Como presença, o ser-mãe-de-RNP se mostra de diferentes modos de ser em seu cotidiano. Esses modos de ser são características constitutivas de seu existir sendo mãe de um bebê que é prematuro e está internado em UTIN.

As mães relataram não esperar que o bebê fosse nascer antes do tempo, mas, quando viram, ele nasceu. Descrevem como um fato que não tem volta. É possível compreender que o ser-mãe-de-RNP vivencia uma dupla-facticidade, vista sob diferentes condições: no caráter permanente de ter nascido prematuro e no caráter transitório de estar internado na UTIN. De ambos os fatos o ser-mãe-de-RNP não pode escapar, são situações postas em seu cotidiano.

Aquilo que não tem volta revela o caráter de estar lançado a um fato, que lhe impõe a condição de permanecer em dada situação. Este fato posto, no qual não teve escolha, pertence

à facticidade da presença^(9:244). A facticidade está no fato do bebê nascer antes do tempo devido a um problema de saúde na gestação que determinou a prematuridade e no fato de sua condição clínica demandar a internação em uma UTIN.

Diante dessa dupla-facticidade, as mães descrevem uma relação entre os problemas da gestação, a prematuridade do bebê e a interação na UTIN; e expressam o que sentem e como significam esses fatos. Assim, o ser-mãe-de-RNP se mostra em uma transitoriedade vivenciada cotidianamente, ou seja, de gestante a mãe de um prematuro, que nesse momento precisa estar na UTIN na expectativa de alta para ir para casa junto da família. Essa transitoriedade expressa que o ser do humano se realiza como “ser-descobridor”; e está em contínuo de vir-a-ser^(9:316).

No movimento de existir-sendo, o ser supera o imobilismo, ao conservar aquilo que já foi (passado), compreender o que é (presente) e seguir em frente (futuro). Isso “indica a constituição ontológica do ‘acontecer’ próprio da presença”^(9:48), ou seja, a historicidade de cada ser. Este vir-a-ser acontece continuamente no cotidiano, nesse momento em estar junto ao filho na UTIN.

Este é o espaço em que o ser-mãe-de-RNP está se descobrindo, adquirindo experiências e aprendizado. Portanto, a presença, ou seja, o modo pelo qual o ser se mostra no cotidiano acontece em uma espacialidade: no mundo – a UTIN. Assim, aponta o modo de ser-no-mundo, que se constitui como modo básico do ser do humano existir, considerando-se as múltiplas maneiras que vivem e podem viver, e como se relacionam com as coisas e pessoas⁽⁹⁾.

Essa espacialidade indica o “contexto em que de fato uma presença vive”^(9:105); sendo que ela “não apenas é e está num mundo, mas também se relaciona com o mundo”^(9:164). O relacionar-se é imprescindível para a constituição do mundo, pois este não corresponde a uma estrutura geométrica já dada, na qual o ser se localiza. Ser-no-mundo designa uma totalidade

articulada, pois não há mundo sem ser, como também não há ser sem mundo⁽⁹⁾.

As mães falam de si e dos fatos: a gestação, as causas do parto prematuro, o nascimento do bebê e a internação na UTI. Assim, é possível compreender que, no seu existir, a presença já possui uma interpretação de si e dos fatos herdada de tradição, ou seja, do conhecimento que está posto e que compartilha no cotidiano mediado pelas relações. O ser-mãe-de-RNP conhece sobre gestação, por experiência de conviver com outras mulheres no ciclo gravídico-puerperal ou por vivências de gestações anteriores, bem como já ouviu falar sobre bebês que nasceram prematuros e sobre a UTI. Essa interpretação prévia dos fatos lhe abre e regula as possibilidades de seu existir-sendo.

As mães descrevem os problemas de saúde para compreender como chegaram à condição de ter um bebê prematuro. Utilizam de uma linguagem com termos científicos, repetindo o que lhes foi dito acerca das causas do parto prematuro. Assim, o ser-mãe-de-RNP se mostra no modo de ser da falação⁽⁹⁾. Pela necessidade de se manter no mundo, repete o que ouviu falar e passa a informação adiante sem realmente compreender o que aconteceu. O que propriamente se deve compreender permanece no fundo, indeterminado e inquestionado.

A falação é linguagem em que parece que o ser compreendeu tudo, sem ter se apropriado previamente da coisa⁽⁹⁾. “As coisas são assim como são porque é assim que delas (impessoalmente) se fala”, revelando o caráter autoritário da fala.

As mães referem que, devido à prematuridade, os bebês precisaram se internar na UTI. Diante desses fatos, tentam entender o que está acontecendo e para isso fazem perguntas e querem saber de tudo. Assim, o ser-mãe-de-RNP se mantém no modo de ser da curiosidade⁽⁹⁾. Ocupa-se em acessar um conhecimento para simplesmente ter-se tornado consciente das coisas, não para compreendê-las.

A curiosidade busca o novo, não trata de apreender e nem de ser através do saber, mas sim da possibilidade de abandonar-se ao impessoal no mundo, em uma inquietação diante do

novo e das mudanças daquilo que lhe vem ao encontro.

Devido à necessidade de entender como chegaram à condição de ser-mãe-de-RNP, se mantêm na falação, e para saber da situação do bebê elas se mantêm na curiosidade. A curiosidade que nada perde e a falação que tudo compreende dão a presença uma garantia de “uma vida cheia de vida” pretensamente autêntica^(9:236-7). Esses dois modos de ser cotidianos (falação e curiosidade) não estão simplesmente um ao lado do outro em sua tendência de impessoalidade, mas um modo arrasta consigo o outro.

As mães referem que no começo é difícil, mas com o tempo se acostumam e por fim se acalmam. Percebem que o bebê está melhor, porém a qualquer momento ele pode piorar, então permanecem assustadas. Parecem ter compreendido tudo, mas quando, no fundo, não compreenderam o que está acontecendo consigo e com o RNP. Assim, o ser-mãe-de-RNP se mantém no modo de ser da ambiguidade⁽⁹⁾.

Essa ambiguidade é uma possibilidade de toda presença, uma vez que todos conhecem e discutem o que ocorre e já sabem falar sobre o que vai acontecer e o que deve ser feito⁽⁹⁾. O ser-mãe-de-RNP parece ter captado, discutido e compreendido tudo sobre o seu bebê que está na UTI, quando, no fundo, não compreendeu.

Essa ambiguidade oferece à curiosidade o que ela busca e à falação a aparência de que nela tudo se decide. A falação, a curiosidade e a ambiguidade caracterizam o modo fundamental de ser da cotidianidade, a decadência⁽⁹⁾. Esse sentido existencial não exprime qualquer avaliação negativa, mas indica como a presença, na maioria das vezes e quase sempre, se mostra no cotidiano: de modo impessoal. Decair na impessoalidade indica o empenho na convivência, em que o ser se mantém como todos são e querem que ele seja, e não se revela como ele mesmo é em sua singularidade.

A própria presença prepara para si mesma a tentação constante de decair. A interpretação pública mantém a presença presa em sua decadência. O ser-no-mundo da

decadência é, em si mesmo, tanto tentador quanto tranquilizante. Essa tranquilidade não conduz à inércia e à inatividade. A decadência move a presença para uma alienação que encobre o seu ser mais próprio. A alienação fecha as possibilidades do ser-si-mesmo, faz com que a presença se aprisione na impessoalidade⁽⁹⁾.

Assim, o ser-mãe-de-RNP, diante da novidade do nascimento prematuro e da internação na UTIN, se mantém no modo impessoal de se mostrar como todas as mães no cotidiano: presas na falação das informações, curiosas por saber o que está acontecendo com o bebê e na ambiguidade de pensar ter compreendido tudo, quando na verdade não compreendem autenticamente o que estão vivenciando.

Considerações

Para a mãe, o cotidiano de ter um filho que é prematuro e que está internado na UTIN significa ter vivido uma transitoriedade da gestação ao parto prematuro, que tentou evitar, mas não conseguiu. Diante disso, elas querem entender o que está acontecendo, repetem as informações recebidas dos profissionais e parecem ter compreendido tudo, quando na verdade não se apropriaram do conhecimento. Assim, se mantêm presas na falação, curiosas e na ambiguidade.

Essa compreensão do vivido do ser-mãe-de-RNP aponta para a necessidade de aliar a assistência ao RNP a uma atenção à família, especialmente, às mães. Além de congregar a dimensão biológica e clínica, imprescindível à sobrevida dos RNPs, à dimensão subjetiva e social do cuidado à tríade mãe/filho/família.

Esse cuidado tem a intenção de permitir um movimento existencial da impessoalidade decadente para a possibilidade do ser-mãe se descobrir em sua singularidade e se mostrar como si mesmo diante de suas potencialidades e limites. Perante as quais precisa ser apoiada pelos profissionais e demais familiares, por meio de uma relação dialógica

compartilhada. Colaborando para que compreendam a situação que estão passando e desenvolvam estratégias de restabelecer o vínculo com o bebê e habilidades de cuidado em face das demandas específicas da prematuridade.

Referências

1. Frota MA, Campos ACS, Pimentel ZB, Esteche CMGCE. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. *Cogitare Enferm* 2007;12(3):323-9.
2. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido prétermo e de baixo peso. *Rev. bras. Saúde Matern. Infant.* 2008;6(1):47-57.
3. Costa R, Padilha MI. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):248-55.
4. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC, Medeiros Junior A, Accioly Junior H. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *Reme – Rev. Min. Enferm.* 2010;14(2):159-65.
5. Silva RV, Silva IA. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):108-15.
6. Dittz ES, Mota JACS, Roseni R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008;8(1):75-81.
7. Rabelo MZS, Chaves EMC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):333-7.
8. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(1):108-13.
9. Heidegger M. *Ser e Tempo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
10. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 1994; 2(1):83-94.
11. Carvalho AS. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir;1991.

4.4 Artigo 3

Ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro: temor da prematuridade e da Unidade de
Terapia Intensiva Neonatal³

Being-a-premature-newborn-mother: prematurity and Neonatal Intensive Care Unit
fear

Ser madre de recién nacido prematuro: temor de la prematuridad y de la Unidad de
Terapia Intensiva Neonatal

RESUMO – Objetivou-se compreender o cotidiano de mães de RNP em manutenção da lactação diante da internação na UTIN. Foram entrevistadas, de dezembro/2010 a maio/2011, sete mães cujos filhos estavam internados na UTIN no Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A análise pelo método heideggeriano revelou que o ser-mãe-de-RNP se mostra apavorado com o bebê pequeno e prematuro, horrorizado com a UTIN e aterrorizado ao ter que ir para casa e o bebê permanecer internado. Há necessidade de cuidar da mãe e do RNP, mediado pelo diálogo, para que ela conheça as singularidades da condição clínica. Desmistificar o senso comum acerca da UTIN. Apoiar a relação mãe-bebê na possibilidade de aproximar-se e tocá-lo. Estabelecer uma relação de confiança mãe-profissional, para que possa ir casa segura dos cuidados ao bebê.

Descritores: Mães; Prematuros; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Aleitamento Materno; Enfermagem.

Being-a-premature-newborn-mother: prematurity and Neonatal Intensive Care Unit
fear

ABSTRACT: It aimed to comprehend premature newborn (PNB) mother daily experiences in Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Seven mothers who children were admitted in University Hospital NICU from Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil, were interviewed through December 2010 and May 2011. Analysis through heideggerian method revealed that the being-a-PNB-mother shows oneself frightened with the premature and small baby, horrified with the NICU and terrified on

³ Artigo que será submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem. Autoria: Caroline Sissy Tronco, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Ívis Emilia de Oliveira Souza, Crhis Netto de Brum

having to go home while the baby remains in the hospital. There's the need of caring from the mother and the PNB, mediated through dialogue so she knows the clinical condition singularities. Demystifying the common sense around the NICU. Supporting the mother-baby relationship on the possibility of being close and touching oneself. Establishing a mother-professional trustful relationship, so she can go home secure of the baby's care.

Keywords: Mothers; Infant, Premature; Intensive Care Units, Neonatal; Breast Feeding; Nursing.

Ser madre de recién nacido prematuro: temor de la prematuridad y de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

RESUMEN: Se tuvo como objetivo comprender la vivencia cotidiana de las madres de Recién Nacidos Prematuros (RNP) en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Desde diciembre/2010 a mayo/2011 fueron entrevistadas siete madres, cuyos hijos estaban internados en la UTIN del Hospital Universitario de Santa Maria (HUSM), Rio Grande do Sul, Brasil. El análisis por el método heideggeriano reveló que el ser-madre-de-RNP se muestra aterrorizado con el bebé pequeño y prematuro, horrorizado con la UTIN y aterrorizado al tener que ir para casa y el bebé permanecer internado. Hay la necesidad de cuidar de la madre y del RNP, mediado por el diálogo para que ella conozca las singularidades de la condición clínica. Desengañar el sentido común acerca de la UTIN. Apoyar la relación madre-bebé en la posibilidad de acercarse y tocarlo. Establecer una relación de confianza madre-profesional, para que pueda ir a su casa segura de los cuidados con el bebé.

Descritores: Prematuro; Madres; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Lactancia Materna; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro representa a causa mais frequente de morbidade neonatal e está associado a 75% da mortalidade⁽¹⁾. A predição do parto prematuro é associada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, tais como: idade materna, nível socioeconômico, antecedente de prematuridade, estatura materna, gemelaridade, sangramento vaginal no 2º trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29ª semana gestacional⁽²⁾.

Os recém-nascidos prematuros (RNPs) são aqueles que nascem com menos de 37 semanas completas de gestação. A prematuridade é classificada em duas categorias: espontânea (consequência do trabalho de parto espontâneo ou rotura

prematura de membranas); e eletiva (indicação clínica). A prematuridade eletiva representa 20 a 30% dos partos prematuros⁽²⁾.

As internações dos RNPs são devidas ao risco de adaptação dessas crianças à vida extrauterina, decorrente da imaturidade anátomo-fisiológica e do processo de diagnóstico e terapêutico. As unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) são um marco na assistência ao RNP, contribuindo para a sua sobrevivência. Destaca-se a necessidade de focalizar a assistência à tríade mãe/filho/família^(3,4).

A família, especialmente a mãe, terá de passar a acompanhar seu filho na UTIN, ambiente de tecnologia avançada que costuma causar impacto e medo⁽⁵⁾. Na condição de acompanhante, é submetida à rotinização hospitalar, que inclui as circunstâncias de (im)possibilidade clínica do bebê ser amamentado. Isso implica na necessidade de manter a lactação^(6,7).

Na UTIN o papel da mãe é prover o alimento para seu filho⁽⁸⁾. Por outro lado, o desejo de recuperação do filho e de estar junto dele faz com que as mães busquem estratégias para enfrentar a prematuridade⁽⁹⁾. Durante a permanência hospitalar, tentam restabelecer o vínculo com o filho e desenvolvem habilidades no cuidado específicas ao RNP no seguimento domiciliar^(4,10,11).

Diante disso, tem-se a necessidade de atentar às mães que têm seus filhos internados na UTIN, para compreender seu cotidiano vivido. Assim, o objeto do estudo: o cotidiano das mães de recém-nascidos prematuros (RNP) internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em manutenção da lactação diante da (im)possibilidade de amamentar. E o objetivo da pesquisa: compreender o cotidiano de mães de RNP em manutenção da lactação diante da internação na UTIN.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger⁽¹²⁾. Esta abordagem busca desvelar, no objeto de estudo, a maneira como ele é em si mesmo – como é o cotidiano das mães diante manutenção da lactação por meio do seu significado – ou seja, um saber do fenômeno e não somente sobre ele. Para tanto, suspende o conhecimento factual – o que já se sabe sobre os fatos – em busca da compreensão existencial do fenômeno. Desse modo, possibilita lançar um olhar às mães de recém-nascidos prematuros em seu mundo próprio existencial. Isso é possível por meio da intersubjetividade entre pesquisador e sujeito da

pesquisa, na busca dos significados que as próprias mães atribuem à sua vivência, expressos em suas próprias palavras, a partir do mundo da vida cotidiana.

A etapa de campo da pesquisa foi desenvolvida, no período de dezembro de 2010 a maio de 2011, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul(RS), Brasil. Este é um serviço de referência em atendimento de média e alta complexidade para a macrorregião. O cenário da pesquisa foi a UTIN. A unidade possui leitos de alto e médio risco e de isolamento, atende RNs de todas as cidades do estado. Em sua estrutura, conta com uma sala exclusiva para as mães, na qual elas podem permanecer durante o dia.

Os participantes, segundo os critérios de inclusão, foram: mães de RNPs, internados na UTIN, que estavam em manutenção da lactação devido às condições clínicas do bebê. Os critérios de exclusão: mães que faziam ablactação. Para selecionar as mães que poderiam participar da pesquisa, primeiramente foram acessados os profissionais no serviço, a fim saber quais eram as mães que faziam ablactação.

O número de participantes não foi pré-determinado, visto que a etapa de campo desenvolvida concomitante à análise mostrou o quantitativo de entrevistas necessário para responder ao objetivo da pesquisa, ao apontar a suficiência de significados expressos nas falas das mães⁽¹³⁾. Totalizaram-se sete participantes.

Para a produção dos dados foi realizada a entrevista fenomenológica. Essa modalidade de acesso aos participantes possibilita dar conta do vivido do ser humano, tal como se apresenta na sua vivência, por meio de um movimento de compreensão. Como modo de acesso ao ser, a entrevista é desenvolvida como um encontro, singularmente estabelecido entre a pesquisadora e cada participante. O encontro foi mediado pela empatia e intersubjetividade, a partir da redução de pressupostos⁽¹⁴⁾. Exigiu da pesquisadora uma atitude fenomenológica, para se direcionar, intencionalmente, à compreensão das mães.

Durante o encontro, a pesquisadora precisou: estar atenta aos modos de se mostrar das mães entrevistadas; captar o dito e o não dito; observar as outras formas de discurso: o silenciado, os gestos, as reticências e as pausas; e respeitar o espaço e tempo do outro. Essa posição de abertura da pesquisadora ao outro possibilitou aprimorar, progressivamente, a condução da entrevista, a fim de permitir

que o fenômeno emergisse em cada uma das entrevistas⁽¹⁴⁾. A entrevista se iniciou pela questão orientadora: Como está sendo tirar o leite para alimentar seu filho?

No decorrer da entrevista, a pesquisadora formulava questões empáticas, a fim de evitar induzir respostas, destacando questões expressas pelas próprias mães, que precisavam ser aprofundadas para melhor compreensão dos possíveis significados apontados. Para encerrar a entrevista, era desenvolvido um *feedback*, perguntando se a mãe gostaria de acrescentar algo e agradecendo sua disposição para esse encontro.

Os depoimentos foram gravados, mediante consentimento, e a transcrição das entrevistas se deu conforme a fala originária, na qual a pesquisadora apontou os silêncios e as expressões corporais observados durante o encontro. As entrevistas foram codificadas com a letra M de mãe, seguida dos números de 1 a 7.

A análise, pelo método heideggeriano, foi desenvolvida em dois momentos metódicos: análise compreensiva e análise interpretativa⁽¹²⁾. A compreensão vaga e mediana – primeiro momento metódico – constou da suspensão de pressupostos da pesquisadora, ao desenvolver a escuta e leitura atentas das entrevistas. Com vistas a compreender o significado do cotidiano de mães de RNPs, sem impor-lhes categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático. Foram grifadas, nas transcrições, as estruturas essenciais, formando um quadro de análise. Desse quadro foram constituídos as unidades de significação e o discurso fenomenológico, de modo a construir o conceito vivido, o qual é o fio condutor da hermenêutica – segundo momento metódico⁽¹²⁾.

O projeto de pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP-UFSM/RS) CAAE 0294.0.243.000-10, cumpriu com a proteção dos participantes quanto aos princípios de: voluntariedade, anonimato, confidencialidade das informações da pesquisa, justiça, equidade, diminuição dos riscos e potencialização dos benefícios, resguardando sua integridade física-mental-social de danos temporários e permanentes. Foi assegurado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apresenta-se, nesse momento, a unidade de significado (US), que o cotidiano das mães, significa: o bebê nascer antes da hora, prematuro e pequeno, ter que ficar na UTI e a mãe ir para casa e deixar o bebê no hospital.

RESULTADOS

A mãe expressa que não esperava que o bebê tivesse nascido antes da hora. Ter um bebê prematuro e pequeno mantém a mãe assustada, angustiada, triste e com medo.

[...] tudo eu fico assustada, como ela é prematura tem que ter mais cuidado. (M1)

[...] ele tá doente, né, ele tá aqui porque tá doente, não tem como tu não ficar angustiada. (M2)

[...] é uma fase de amadurecer mais os órgãos, então eu não estou tão assustada

[...] fico com medo, ele é muito pequenininho. (M3)

[...] ele é muito pequenininho, acho que isso é mais complicado [...](M4)

[...] é só tristeza [...] queria que ela se gerasse, digamos, faltava quatro mês, que esperasse pra nascer [...] é muito prematura. (M5)

[...] a gente fica com medo de pegar [...] um filho tão pequenininho assim [...] nunca tive um filho pequenininho assim [...] não quero mais ter filhos! (M6)

A mãe descreve que quando vai à UTI é ruim. Ver o bebê na incubadora é horrível, fica assusta com os aparelhos. Não estava preparada para tudo aquilo, sai bem mal. Tem medo que bebê possa morrer.

[...] eu saía bem mal de ver ela na incubadora. A gente não tava preparado pra tudo aquilo, de ver ela ali [na UTI] (M1)

[...] logo que ele veio pra cá eu pensei: é um bicho de sete cabeças, foi pra UTI não volta, a primeira coisa não volta mais, sabe? (M2)

[...] vê ele aqui em cima [na UTI] foi horrível [...] quando me disseram que ele ia vir pra cá [UTI] [...] é só o susto da hora, agora é muito ruim [...] mas é bem assustador no começo, no começo é horrível [...] dá um medo, dá vontade de sair correndo, mas o medo[,] logo que gente vem[,] é muito grande! (M4)

Está [a criança] cheia de aparelho. (M5)

[...] disseram: teu filho vai pra UTI. No começo, horrível, porque, pra mim, até então eu não sabia nem o porquê [...] eu já tinha ficado nervosa por causa da luz [fototerapia] e fiquei mais nervosa por causa da UTI. Porque a palavra UTI já é “tá morrendo [...] então a gente já fica com o coração na mão! (M7)

A mãe descreve que, quando ela recebe alta hospitalar, é complicado. Ter que ir para casa sozinha é horrível, muito triste. A pior parte é ver o filho todo dia na UTI e não poder levar para casa.

Eu fiquei três dias internada, daí depois eu tive que ir pra casa. (M1)

Tu não tem o teu neném contigo, tu vai pra casa... ir pra casa, ir pra casa sozinha é a pior parte, dá alta e ter que deixar ele ali [...] sair deste hospital sozinha, sem o filho nos braços é horrível! (M4)

[queria que] ela fosse pra casa comigo, não que ficasse aqui no hospital [...] nenhuma mãe que ganhar o filho e deixar no hospital [...] a gente vê ela todo o dia, mas não pode levar. (M5)

[...] cada vez que eu desço daqui [UTI] e deixo ele aqui é horrível [...] e deixar ele assim [...] é muito triste ter que deixar o bebê da gente aqui [na UTI], eu acho que vou dar alta hoje, então é mais complicado, porque eu vou ter que deixar ele aqui e ir pra casa, daí fica mais complicado [...] É complicado deixar ele aqui e ter que ir pra casa [...] mas eu não poder levar, ganhei ele e não poder levar... (M7)

DISCUSSÃO

Ao falar do cotidiano de ter um filho que é prematuro e está internado na UTIN, a mãe se mostra como ela é em seu existir. Ao se apresentar dessa forma, se revela como ser-mãe-de-RNP. Ao se mostrar assim, fala e descreve suas vivências, mostra que é ela mesma, como se re-conhece, se relaciona e se comporta.

O ser-aí, “que sempre eu mesmo sou”, indica “um eu e não um outro”^(12:165). O “eu”, que se revela presente (-aí), se comporta de diferentes maneiras em seu existir. Nesse sentido, a presença, na multiplicidade de modos de ser, indica continuamente o acontecer da história vivida/vivenciada por cada ser.

O ser foi determinado por Heidegger como presença. É na presença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua história e a sua existência. A essência do homem reside em sua existência⁽¹²⁾. Como presença, o ser-mãe-de-RNP se mostra de diferentes modos de ser em seu cotidiano. Esses modos de ser são características constitutivas de seu existir sendo mãe de um bebê que é prematuro e está internado em UTIN.

O ser-mãe-de-RNP vivencia uma dupla-facticidade vista sob diferentes condições: no caráter permanente de ter um filho que nasceu prematuro e no caráter transitório de seu filho estar internado na UTIN. De ambos os fatos o ser-mãe-de-RNP não pode escapar, são situações postas em seu cotidiano.

Diante dessa dupla facticidade, as mães falam de si e dos fatos: de ter um bebê pequeno e prematuro. Assim, dotadas de uma visão acerca da prematuridade, as mães se mantêm assustadas com o fato do bebê nascer antes da hora. O ser-mãe-de-RNP se mostra no modo de ser do temor. Aquilo que se teme possui caráter de ameaça⁽¹²⁾. Como ameaça, a prematuridade se aproxima durante a gestação e acontece com o parto prematuro.

O temor é um modo de disposição da presença, em um exercício relacional no mundo. Na disposição, a presença se abandona ao mundo e se esquia de ser si mesma. O temer pode se estender a outros, quando o ser-mãe-de-RNP teme em lugar de seu bebê, devido à possibilidade iminente da morte, pelo que representa estar na UTIN.

Devido a isso, teme não conseguir estabelecer uma relação genuína com um bebê com demandas diferentes daquilo que esperava e conhecia. A relação autêntica com o bebê pode não acontecer neste primeiro momento vivido tendo em vista a situação clínica e a internação na UTIN. A autenticidade relacional acontece no modo de ser-com, “todo ser é sempre ser-com; mesmo na solidão e isolamento, a presença é sempre co-presença”^(12:571).

O temor é considerado segundo três modalidades: pavor, horror e terror⁽¹²⁾.

As mães já ouviram falar e sabem que o nascimento prematuro existe e é uma possibilidade, porém somente neste momento isso se revela como uma ameaça. Assim, se mostram apavoradas. O temor se transforma na perspectiva de pavor quando aquilo que de início é conhecido e familiar subitamente se abate sobre o ser⁽¹²⁾. Como o bebê é prematuro precisa ter mais cuidado, não esperavam que ele fosse tão pequeno.

A internação na UTIN, para o ser-mãe-de-RNP, o deixa horrorizado. Esse fato não lhe é familiar e tem medo daquilo que representa. Quando o que ameaça possui o caráter de algo não familiar, o temor se transforma na perspectiva de horror⁽¹²⁾. Elas desconhecem os equipamentos, o que as deixa assustadas.

As mães recebem alta hospitalar, vão para casa sozinha, enquanto que o bebê permanece na UTIN. Ver o bebê todos os dias e não poder levá-lo consigo o

mantém aterrorizado. Quando a ameaça possui o caráter súbito (alta da mãe) de pavor e desconhecido (o bebê ficar na UTIN), do horror, o temor se mostra na perspectiva de terror⁽¹²⁾. Esta é considerada a pior parte pelas mães, algo que elas não conseguem descrever.

As três modalidades do temor indicam que a presença é temerosa, ou seja, como o ser-mãe-de-RNP se mostra diante dos fatos que lhe vem ao encontro no cotidiano da prematuridade e da internação na UTIN. Essa temerosidade deve ser compreendida como uma possibilidade do ser do humano no existir.

O sentido existencial do temor não exprime qualquer avaliação negativa, mas indica como a presença, na maioria das vezes e quase sempre, se mostra no cotidiano: de modo impessoal. Assim, o ser-mãe-de-RNP, diante da novidade do nascimento prematuro e da internação na UTIN, se mantém no modo impessoal de se mostrar como todas as mães no cotidiano: apavoradas com o bebê pequeno e prematuro, horrorizadas com a internação na UTIN e aterrorizadas ao receberem alta hospitalar e terem que ir para casa e o bebê ter que permanecer internado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a mãe, o cotidiano de ter um filho que é prematuro e que está internado na UTIN significa estar assustada com o nascimento prematuro, com a internação na UTIN e o que ela representa, e ainda ter que dar alta e deixar o bebê no hospital. Assim, ela se mantém no modo de ser do temor, em suas três perspectivas: apavorada com o bebê pequeno e prematuro, horrorizada com a UTIN e aterrorizada ao ter que ir para casa e o bebê permanecer internado.

Percebe-se a necessidade de os profissionais de saúde cuidarem não só do RNP, mas também da mãe, durante a internação de seu bebê na UTIN. Esse cuidado deve ser mediado pelo diálogo, para que ela conheça as especificidades da condição clínica, proporcionando uma aproximação maior da mãe e de seu filho, ajudando-a a compreender o que está acontecendo com o bebê.

Deve-se também desmistificar o senso comum acerca da UTIN. Os profissionais poderiam conversar com a mãe e mostrar a ela o ambiente da UTIN, antes de ela entrar. Poderiam ter um simulador para que as mães visualizem como o bebê estará quando elas o virem pela primeira vez, assim elas conheceriam este ambiente novo sem ter tanto medo.

Diminuindo este medo inicial, precisa-se apoiar a relação da mãe com o bebê na possibilidade de aproximar-se e tocá-lo, estando ao lado dela, estimulando-a a fazer cuidados que ela realizará em casa, fazendo com que ela se sinta mais segura e preparando-a para o momento da alta hospitalar.

E também é importante que os profissionais estabeleçam uma relação de confiança com a mãe, assim ela poderá ir para casa sabendo que seu bebê está sendo bem cuidado e que, a qualquer intercorrência, elas serão comunicadas.

Com isso, espera-se que as mães sejam vistas como integrantes nos cuidados da UTIN, a fim de compreenderem o que está acontecendo e se tornarem protagonistas das ações de cuidado para com o seu bebê. E que a UTIN seja um lugar que represente o início da vida e da relação entre o bebê, sua mãe e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J. Pediatr., 2005;81(Supl.1):S111-8.
2. Salgel AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(3):642-6.
3. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido prétermo e de baixo peso. Rev. bras. Saúde Matern. Infant. 2008;6(1):47-57.
4. Costa R, Padilha MI. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):248-55.
5. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC, Medeiros Junior A, Accioly Junior H. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. Reme – Rev. Min. Enferm. 2010;14(2):159-65.
6. Yamamoto RCC, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém-nascidos pré-termo de diferentes idades gestacionais. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2009;14(1):98-105.
7. Souza KV, Tesin RR, Alves VH. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. Acta Paul Enferm 2010;23(5):608-13.
8. Silva RV, Silva IA. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):108-15.
9. Dittz ES, Mota JACS, Roseni R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008;8(1):75-81.

10. Rabelo MZS, Chaves EMC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):333-7.
11. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(1):108-13.
12. Heidegger M. *Ser e Tempo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
13. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 1994; 2(1):83-94.
14. Carvalho AS. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir;1991.

4.5 Artigo 4

O ser-com-o-filho a partir da amamentação: da ocupação à pré-ocupação com a manutenção da lactação⁴

Sendo mãe de recém-nascido prematuro: comportamento materno.

Being-with-the-child through breastfeeding: from occupation to pre-occupation with lactation maintenance

El ser-con- el- hijo a partir del amamantamiento: de la ocupación a la pre-ocupación con la manutención de la lactación

Artigo integrante da dissertação intitulada: O cotidiano do ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da manutenção da lactação na UTI neonatal: possibilidades para a Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

Resumo: Objetivou-se compreender o cotidiano das mães de RNPs na UTIN diante da manutenção da lactação. Foram entrevistadas, de dezembro/2010 a maio/2011, sete mães cujos filhos estavam internados na UTIN no Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A análise pelo método heideggeriano revelou que o ser-mãe-de-RNP se ocupa com a manutenção da lactação, se mostra no modo de ser do falatório, teme pela saúde do bebê e pelo leite secar, e se mostra como ser-com-o-filho quando o coloca no peito e se preocupa com ele. Com isso, percebe-se a necessidade de a mãe compreender o que faz para conseguir manter a lactação. Colocar o bebê no peito é importante, desvelando uma relação genuína e autêntica com a criança, de tal forma que somente a partir desse momento ela o chama de filho. Ao compreender isso, pode-se direcionar a ação, tempo e esclarecimentos.

Descritores: Mãe; Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Aleitamento Materno; Enfermagem.

Abstract: It aimed to comprehend daily experiences of PNB mothers in NICU. Seven mothers, whose children were admitted in NICU at University Hospital of Santa Maria,

⁴ Artigo que será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP. Autoria: Caroline Sissy Tronco, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Angela Maciel Weinmann, Ívis Emilia de Oliveira Souza.

Rio Grande do Sul, Brazil, were interviewed from December 2010 to May 2011. Analysis through heideggerian method revealed that being-a-PNB-mother occupies oneself with lactation maintenance; it shows on the way of being hype, she fears the baby's health and milk drying and she shows herself as a being-with-the-child when she puts him/her on the breast and worries about him/her. Through this, it's noticeable the mother's need to comprehend what it's done to maintain lactation. Putting the baby on the breast is important, unveiled a genuine and authentic relationship with the child, in a way that only from this moment she calls him/her her child. On comprehending that, it can direct to action, time and clarifications.

Descriptors: Mothers; Infant, Premature; Intensive Care Units, Neonatal; Breast Feeding; Nursing.

Resumen: Se objetivó comprender la vivencia cotidiana de las madres de Recién Nascidos Prematuros (RNP) en la UTIN. De diciembre/2010 a mayo/2010 fueron entrevistadas siete madres cuyos hijos estaban internados en la UTIN del Hospital Universitario de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. El análisis por el método heideggeriano reveló que el ser-madre-de-RNP se ocupa con la manutención de la lactación, se muestra en el modo de ser del murmullo, teme por la salud de su bebé y por la leche secar y se muestra como ser-con-el-hijo cuando lo pone en el pecho y se preocupa con él. Con ello, se percibe la necesidad de la madre comprender lo que hace para lograr mantener la lactación. Poner el bebé en el pecho es importante, desvelando una relación genuina y auténtica con el niño, de tal forma que sólo a partir de este momento ella lo llama de hijo. Al comprender ello se puede direccionar la acción, tiempo y esclarecimientos.

Descritores: Madres; Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Lactancia Materna; Enfermería.

Introdução

O nascimento prematuro representa a causa mais frequente de morbidade neonatal e está associado a 75% da mortalidade⁽¹⁾. A predição do parto prematuro é

associada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, tais como: idade materna, nível socioeconômico, antecedente de prematuridade, estatura materna, gemelaridade, sangramento vaginal no 2º trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29ª semana gestacional⁽²⁾.

As internações dos RNPs são devidas ao risco de adaptação dessas crianças à vida extrauterina, decorrente da imaturidade anátomo-fisiológica e do processo de diagnóstico e terapêutico. As unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) são um marco na assistência ao RNP, contribuindo para a sua sobrevivência. Destaca-se a necessidade de focalizar a assistência à tríade mãe/filho/família^(3,4,5).

A família, especialmente a mãe, terá de passar a acompanhar seu filho na UTIN, ambiente de tecnologia avançada que costuma causar impacto e medo⁽⁶⁾. Na condição de acompanhante, é submetida à rotina hospitalar, que inclui as circunstâncias de (im)possibilidade clínica do bebê ser amamentado. Isso implica na necessidade de manter a lactação⁽⁷⁾.

Devido às condições clínicas e ao ambiente hospitalar, amamentar o RNP é difícil e desafiador. As mães podem se sentir pouco confortáveis em lidar com esses bebês pequenos e clinicamente frágeis, o que as faz se sentirem incapazes de amamentá-los. Assim, diante das dificuldades no cotidiano das mães e da vivência da internação do seu filho, os profissionais de saúde devem garantir uma assistência adequada e benéfica para a mulher e para seu bebê⁽⁸⁾.

Na UTIN o papel da mãe é prover o alimento para seu filho⁽⁹⁾. Por outro lado, o desejo de recuperação do filho e de estar junto dele faz com que as mães busquem estratégias para enfrentar a prematuridade⁽¹⁰⁾. Durante a permanência hospitalar, tentam restabelecer o vínculo com o filho e desenvolvem habilidades no cuidado específicas ao RNP no seguimento domiciliar^(4,11,12).

Então, faz-se necessário compreender que os bebês que ficam internados por um período na UTIN apresentam dificuldades no início e na manutenção do AM, vivenciadas também por suas mães.

Diante disso, tem-se a necessidade de atentar às mães que têm seus filhos internados na UTIN, para compreender seu cotidiano vivido. Assim, o objeto do estudo: o cotidiano das mães de recém-nascidos prematuros (RNP) internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em manutenção da lactação diante da

(im)possibilidade de amamentar. E o objetivo da pesquisa: compreender o cotidiano das mães de RNPs na UTIN diante da manutenção da lactação.

Método

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger⁽¹³⁾. Essa abordagem busca desvelar no objeto de estudo, a maneira como ele é em si mesmo – como é o cotidiano das mães diante manutenção da lactação por meio do seu significado – ou seja, um saber do fenômeno e não somente sobre ele. Para tanto, suspende o conhecimento factual – o que já se sabe sobre os fatos – em busca da compreensão existencial do fenômeno. Desse modo, possibilita lançar um olhar às mães de recém-nascidos prematuros em seu mundo próprio existencial. Isso é possível por meio da intersubjetividade entre pesquisador e sujeito da pesquisa, na busca dos significados que as próprias mães atribuem à sua vivência, expressos em suas próprias palavras, a partir do mundo da vida cotidiana.

A etapa de campo da pesquisa foi desenvolvida no período de dezembro de 2010 a maio de 2011, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul(RS), Brasil. Este é um serviço de referência em atendimento de média e alta complexidade para a macrorregião. O cenário da pesquisa foi a UTIN. A unidade possui leitos de alto e médio risco e de isolamento, atende RNs de todas as cidades do estado. Em sua estrutura, conta com uma sala exclusiva para as mães, na qual elas podem permanecer durante o dia.

Os participantes, segundo os critérios de inclusão, foram: mães de RNPs internados na UTIN, que estavam em manutenção da lactação devido às condições clínicas do bebê. Os critérios de exclusão: mães que faziam ablactação. Para selecionar as mães que poderiam participar da pesquisa, primeiramente foram acessados os profissionais no serviço a fim saber quais eram as mães que faziam ablactação.

O número de participantes não foi pré-determinado, visto que a etapa de campo desenvolvida concomitante à análise mostrou o quantitativo de entrevistas necessário para responder ao objetivo da pesquisa, ao apontar a suficiência de significados expressos nas falas das mães⁽¹⁴⁾. Totalizaram-se sete participantes.

Para a produção dos dados foi realizada a entrevista fenomenológica. Essa modalidade de acesso aos participantes possibilita dar conta do vivido do ser humano,

tal como se apresenta na sua vivência, por meio de um movimento de compreensão. Como modo de acesso ao ser, a entrevista é desenvolvida como um encontro singularmente estabelecido entre a pesquisadora e cada participante. O encontro foi mediado pela empatia e intersubjetividade, a partir da redução de pressupostos⁽¹⁵⁾. Exigiu do pesquisador uma atitude fenomenológica, para se direcionar, intencionalmente, à compreensão das mães.

Durante o encontro, a pesquisadora precisou: estar atenta aos modos de se mostrar das mães entrevistadas; captar o dito e o não dito; observar as outras formas de discurso: o silenciado, os gestos, as reticências e as pausas; e respeitar o espaço e tempo do outro. Essa posição de abertura da pesquisadora ao outro possibilitou aprimorar, progressivamente, a condução da entrevista, a fim de permitir que o fenômeno emergisse em cada uma das entrevistas⁽¹⁵⁾. A entrevista se iniciou pela questão orientadora: Como está sendo tirar o leite para alimentar seu filho?

No decorrer da entrevista, a pesquisadora formulava questões empáticas, a fim de evitar induzir respostas, destacando questões expressas pelas próprias mães, que precisavam ser aprofundadas para melhor compreensão dos possíveis significados apontados. Para encerrar a entrevista, era desenvolvido um *feedback*, perguntando se a mãe gostaria de acrescentar algo e agradecendo sua disposição para esse encontro.

Os depoimentos foram gravados, mediante consentimento, e a transcrição das entrevistas se deu conforme a fala originária, na qual a pesquisadora apontou os silêncios e as expressões corporais observadas durante o encontro. As entrevistas foram codificadas com a letra M de mãe, seguida dos números de 1 a 7.

A análise, pelo método heideggeriano, foi desenvolvida em dois momentos metódicos: análise compreensiva e análise interpretativa⁽¹³⁾. A compreensão vaga e mediana – primeiro momento metódico – constou da suspensão de pressupostos da pesquisadora, ao desenvolver a escuta e leitura atentas das entrevistas. Com vistas a compreender o significado do cotidiano de mães de RNPs, sem impor-lhes categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático. Foram grifadas, nas transcrições, as estruturas essenciais, formando um quadro de análise. Desse quadro foram constituídos as unidades de significação e o discurso fenomenológico, de modo a construir o conceito vivido, o qual é o fio condutor da hermenêutica – segundo momento metódico⁽¹³⁾.

O projeto de pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP-UFSM/RS) CAAE 0294.0.243.000-10, cumpriu com a proteção dos participantes quanto aos princípios de: voluntariedade, anonimato, confidencialidade das informações da pesquisa, justiça, equidade, diminuição dos riscos e potencialização dos benefícios, resguardando sua integridade física-mental-social de danos temporários e permanentes. Foi assegurado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apresenta-se, nesse momento, a unidade de significado (US), que mostra a vivência do cotidiano das mães, qual seja: Esperar que o filho estivesse mamando no peito. Ter que colocar o leite fora é difícil, dói porque empedra. Colocar o filho no peito faz se sentir mais mãe. Tirar o leite poderá ajudar na recuperação do filho.

Resultados

A mãe relata que gostaria de estar amamentando. Esgotar não é bom, o peito dói muito e é desconfortável. Considera que é complicado, difícil, expresso como um sacrifício que é feito pelo bebê. Ver o leite indo embora, pois tem que colocar fora, não faz sentido; por vezes não esgota, pois achou que iria ficar guardado no peito. Se tivesse como doar, seria melhor. No início tem bastante leite, que por vezes empedra. Com o passar dos dias de internação e a dificuldade de esgotar, sente que o leite está secando ou secou.

“Foi horrível [ordenhar] porque tava me empedrando. Depois que eu comecei a tirar, até mais leve, porque pesava, porque era muito pesado os peitos. Com leite como tava empedrando, depois bem melhor, que começou a sair. Eu cheguei [tirar o leite], mas não trouxe pro hospital, porque eles não aceitam agora, a norma deles tu tem que esgotar dentro do hospital. Então em casa eu esgotava igual e botava fora, porque não tinha como trazer pra ela.[...]” (M1)

“Eu tenho medo de secar meu leite, de não ter leite pra dar pra ele. [...] vai fora, porque não pode trazer de casa pro hospital. [...] Vai fora, isso me angustia, tá indo fora e ele lá, em vez de

aproveitar [...] tô com medo que meu leite seque de preocupação. [...] tô sentindo que tá diminuindo meu leite.”
(M2)

“Muito ruim [ordenhar], pro [nome da criança] não tem quase nada [leite], não sei se foi o susto, o que que houve, secou um pouco. [...] Eu nem tirei [leite], por isso que secou, que tem pouquinho agora. [...] uma coisa é tu colocar o bebê no teu seio, outra coisa é tu tirar pra colocar numa mamadeira, não faz sentido, ou bota fora, porque no caso dele eu teria que colocar fora, porque ele não tava mamando. [...] Nos primeiros dias saía que molhava a roupa, porque tinha bastante, mas eu tirar assim, não. Eu achei que ia ficar guardado [pausa] mas não fica, né.” (M4)

“Pra mim é bem fácil de tirar porque tem bastante, empedra, mas eu tiro três vezes no dia. Só que vai fora [...] Mas pra mim é normal [tirar o leite] [...] vai fora, é uma judiaria botar fora, porque ela não tá mamando [...] eu tô tirando pra botar fora [...] É bastante leite que vai fora [...] eu queria que ela tivesse mamando, porque o leite materno é o melhor pra criança.” (M5)

“É desconfortável um pouquinho, é pelos bebês, aí a gente faz de coração. [...] Se tivesse como doar o leite, porque vai fora, empedra meus peitos, parecem duas bolas de futebol, tem bastante leite.” (M6)

“[...] eu tô tirando o mamazinho pra dar pra ele [...] a vontade de dar mamá pra ele é mais forte [...] a gente tem que dar mamá pra ele, então a gente passa por isso [...] eu tiro pensando que é pro bem dele, pra ele crescer, pra ele engordar, pra ele pegar peso, pra mim não é bom, preferia que ele tivesse no meu peito mamando, mas a gente faz o sacrifício [...] difícil vê tudo aquele leite indo embora. [...] Não foi tão difícil, na primeira vez foi difícil porque a gente não tinha jeito, tem que tirar com a mão, não dá pra ser com a coisa do mamá, a máquina, daí foi bem

complicado, doeu bastante [...] a gente sofre um pouquinho de dor [...] dói um pouquinho, mas tem que ser [...] Porque dói, dói muito pra tirar.” (M7)

A mãe descreve o momento em que colocou o filho no peito, refere que ele mama bem, por vezes cansa, só dorme e fica preguiçoso. Relata que ao amamentar se sentiu mais mãe, o que foi tranquilo, ótimo, a melhor sensação. Acredita que o leite materno poderia ajudar na recuperação do filho.

“Depois que ela começou a mamar, ficou bem melhor a dor. Até quando ela começou a mamar deu uma aliviada na dor que eu tinha no peito, até nem dor mais eu sinto [...] ela mama bem assim [...] pra mim é bom que ela mame no peito [...] Mas eu me sinto bem dando mamá pra ela assim. [...] Dando mamá no peito a gente se sente bem mais mãe do que tu vê teu filho só mamando na mamadeira. [...] Parece que a gente se apega mais ao filho. [...] Acho que eles se sentem mais protegidos mamando no peito. [...] em termos de dar mamá pra ela é normal, tranquilo. [...] eu já fiquei assustada, porque ela tava mamando bem e daí hoje ela já não quis mamar, daí já fiquei meio preocupada. Prefiro que ela mame bem no peito, que pegue bem pra depois não dar coisas piores, doenças que diz que pode ter.”” (M1)

“[...] ele não pega no meu peito, ele até pega, mas muito pouco, ele vem pro meu colo e só dorme, não quer mamar. [...] daí eu mexo com ele, dá vontade de sacudir: acorda, nenê, não dorme mais! [...] vou tentar dar mamá com mais calma, cuidar do [nome da criança] com mais calma, pra ver se ele pega o mamá.” (M2)

“[...] ontem eu já tentei colocar ele pra mamar no peito. Eu até queria tentar hoje de novo. [...] é ótimo, emocionante, mas ele não pegou muito bem ainda, ele tá estranhando, ele é pequeninho, mas é a melhor sensação, é muito bom, não vejo a

hora de ele pegar. Eu quero que ele pegue meu peito o quanto antes, pra ele ir acostumando.” (M3)

“Ontem ele pegou o seio também, acho que foi aí que ele cansou, porque tem pouco [leite].” (M4)

“Ao mesmo tempo fico feliz que, quando ela sair do hospital, vai mamar o meu leite [...] Eu sinto que ela podia tá mamando, e eu podia tá amamentando a minha filha. Se ela tivesse mamando o leite ia ajudar mais na recuperação dela.” (M5)

“[...] hoje foi o primeiro dia que eu dei pro [criança 1] tentar dar mamá na teta, só que o [criança 1] ficou preguiçosinho, só quis dormir.” (M6)

“[...] estes dias eu pude dar mamá no peito e até achei que ele ia demorar pra pegar por causa da mamadeira, mas não, foi super tranquilo, ele pegou rapidinho. [...] se ele tivesse comigo lá embaixo [na unidade de internação] toda hora eu podia tá amamentando.” (M7)

Discussão

Ao falar do cotidiano de ter um filho que é prematuro e está internado na UTIN, a mãe se mostra como ela é em seu existir. Ao se apresentar dessa forma, se revela como ser-mãe-de-RNP. Ao se mostrar assim, fala e descreve suas vivências, mostra que é ela mesma, como se re-conhece, se relaciona e se comporta.

O ser-aí, “que sempre eu mesmo sou”, indica “um eu e não um outro”^(13:165). O “eu”, que se revela presente (-aí), se comporta de diferentes maneiras em seu existir. O ser foi determinado por Heidegger como presença. Nesse sentido, a presença, na multiplicidade de modos de ser, indica continuamente o acontecer da história vivida/vivenciada por cada ser.

É na presença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua história e a sua existência. A essência do homem reside em sua existência⁽¹³⁾. Como presença, o ser-mãe-de-RNP se mostra de diferentes modos em seu cotidiano. Esses modos de ser são características constitutivas de seu existir sendo mãe de um bebê que é prematuro e está internado em UTIN.

O ser-mãe-de-RNP vivencia uma dupla-facticidade, vista sob diferentes condições: no caráter permanente de ter nascido prematuro e no caráter transitório de estar internado na UTIN. De ambos os fatos o ser-mãe-de-RNP não pode escapar, são situações postas em seu cotidiano.

Diante dessa dupla-facticidade, as mães falam de si e dos fatos: de que gostariam de amamentar, das dificuldades em realizar a ordenha, ter que desprezar o leite e de como se sentiram quando colocaram o filho no peito para mamar. Assim, é possível compreender que, no seu existir, a presença já possui uma interpretação de si e dos fatos herdados da tradição, ou seja, do conhecimento que está posto e que compartilha no cotidiano mediado pelas relações, o que constitui a sua cosmovisão acerca da amamentação.

O ser-mãe-de-RNP conhece sobre a importância do leite materno, por experiência de conviver com outras mulheres no ciclo gravídico-puerperal ou por vivências de amamentar outros filhos, bem como já ouviu falar sobre ordenha e a necessidade de manter a produção de leite. Essa interpretação prévia dos fatos lhe abre e regula as possibilidades de seu existir-sendo.

As mães contam que têm que realizar a ordenha, para isso receberam informações e lhes foi solicitado que o fizessem. Repetem o que lhes foi dito acerca da importância do leite materno para que o bebê ganhe peso. Assim, o ser-mãe-de-RNP se mostra no modo de ser da falação⁽¹³⁾. Pela necessidade de se manter no mundo, repete o que ouviu falar e passa a informação adiante, sem realmente compreender o que aconteceu. O que propriamente se deve compreender permanece, no fundo, indeterminado e inquestionado.

A falação é a linguagem em que parece que o ser compreendeu tudo, sem ter se apropriado previamente da coisa⁽¹³⁾. “As coisas são assim como são porque é assim que delas (impessoalmente) se fala”, revelando o caráter autoritário da fala.

As mães descrevem que, mesmo sendo um sacrifício ordenhar, o fazem pela saúde e bem-estar do bebê. O ser-mãe-de-RNP se mostra no modo de ser do temor. Aquilo que se teme possui caráter de ameaça. Como ameaça, a possibilidade de adoecimento (piora do quadro clínico) do bebê se mantém durante toda a internação⁽¹³⁾.

O temor é um modo de disposição da presença, em um exercício relacional no mundo. Na disposição, a presença se abandona ao mundo e se esquia de ser si mesma.

O temer pode se estender a outros, quando o ser-mãe-de-RNP teme em lugar de seu bebê, devido à associação que faz da possibilidade de adoecimento com o fato de não estar recebendo seu leite. Apesar da dor e do desconforto, elas o fazem por medo de parar de produzir leite.

Por isso, realizam a ordenha e se mantêm no modo de ser da ocupação daquilo que prescrevem e esperam que ela cumpra^(13.pg 108). Ocupadas, aguardam colocar o bebê para mamar no peito. As mães descrevem o número de vezes que devem realizar a ordenha, relatam que, devido ao fato de precisarem colocar o leite fora, por vezes não ordenham a mama, pois não faz sentido, e esperavam que o leite fosse ficar guardado.

A partir do momento em que colocam o bebê no peito, relatam que não sentem mais dor, se apegam ao filho, têm a sensação de que os filhos se sentem mais protegidos e que isso pode ajudar na recuperação deles, por essa razão gostariam de amamentar a toda hora. Assim, se mostram no modo de ser-com, apontando a dimensão relacional do humano, característica fundamental e genuína do ser-mãe-de-RNP.

Nesse momento elas (re)conhecem o bebê como filho. “A relação ontológica com os outros torna-se, pois, projeção do próprio ser para si mesmo num outro. O outro é um duplo de si mesmo”^(13 pg 181). Assim, o ser-mãe-de-RNP se relaciona como ser-com o filho, pois ele mesmo é presença. Essa característica de se relacionar e de viver dá sentido à vida humana.

A partir de então, elas mostram que não apenas se ocupam com a ordenha, mas que o fazem por acreditar que o leite materno ajude na recuperação de seu filho. Nesse momento percebe-se o movimento da ocupação para preocupação com o filho⁽¹³⁾. Esse modo-de-ser possibilita ao ser-mãe-de-RNP um movimento existencial do entendimento de que tem que tirar o leite para a compreensão da importância do leite materno para o filho.

Conclusão

Para a mãe, o cotidiano de ter um filho que é prematuro e está internado na UTIN significa se manter na falação, temer pela saúde do bebê por não estar mamando e porque o leite pode secar, por isso se ocupa com a manutenção da lactação. Se relaciona como ser-com-o-filho no momento em que o coloca no peito e, por fim, fica preocupada com a saúde do filho.

Percebe-se que a mãe necessita compreender a importância de realizar a ordenha, mantendo a lactação até que o bebê possa ser amamentado no peito. Esse fato se mostrou como um momento importante, no qual se desvela o fenômeno da relação genuína e autêntica da mãe com o filho, de tal forma que somente a partir deste momento ela o chama de filho.

Com isso, sugerem-se estratégias para que essa compreensão se dê o mais precoce. A implementação do método canguru poderia antecipar o contato e o desenvolvimento do vínculo. Assim que possível, deve-se estimular um maior contato com o corpo e o calor da mãe, com seu leite, sua voz, seu toque, com os braços envolvendo o bebê; quando ele chora, precisa ser consolado e receber carinho e afeto, e essas atitudes responderão às necessidades do bebê, contribuindo para a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos.

Com vistas à compreensão de que a amamentação poderá se iniciar muito antes de o bebê ter condições de mamar diretamente no peito, entende-se que o processo começa com o acolhimento da família dentro da UTI Neonatal, propiciando condições para que a mãe permaneça junto ao seu filho e inicie o contato pele a pele o mais precoce possível.

Precisa-se apoiar as mães para que desenvolvam os cuidados com o filho, a ordenha de seu leite e a alimentação do bebê. Dessa forma, elas desenvolverão segurança para cuidar do seu filho e o consequente fortalecimento do vínculo mãe-bebê, contribuindo para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno. Para isso, é imprescindível que toda a equipe de saúde da UTIN trabalhe integrada em prol da amamentação.

Outra estratégia seria a criação de um banco de leite humano, para que o leite ordenhado seja utilizado por outros bebês enquanto seus filhos têm a recomendação de não receber qualquer alimento. É necessário que elas tenham um lugar reservado para que se sintam à vontade para realizar a ordenha, o que culmina na manutenção da lactação. Essas estratégias poderão ajudar as mães a se sentirem parte do processo de recuperação do filho.

Ao compreender essas facetas da manutenção da lactação das mães de UTIN, deve-se direcionar as ações de cuidado, o tempo dispensado para as mães e os esclarecimentos a respeito do que está acontecendo durante este período.

Referências:

1. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J. Pediatr.*, 2005;81(Supl.1):S111-8.
2. Salgel AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Rev. Eletr. Enf.* 2009;11(3):642-6.
3. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido prétermo e de baixo peso. *Rev. bras. Saúde Matern. Infant.* 2008;6(1):47-57.
4. Costa R, Padilha MI. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):248-55.
5. Spir EG, Soares AVN, Wei CY, Aragaki IMM, Kurcgant P. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1048-54.
6. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC, Medeiros Junior A, Accioly Junior H. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *Reme – Rev. Min. Enferm.* 2010;14(2):159-65.
7. Yamamoto RCC, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém-nascidos pré-termo de diferentes idades gestacionais. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.* 2009;14(1):98-105.
8. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2008; 12(1):19-24.
9. Silva RV, Silva IA. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):108-15.
10. Dittz ES, Mota JACS, Roseni R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008;8(1):75-81.
11. Rabelo MZS, Chaves EMC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):333-7.
12. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(1):108-13.

13. Heidegger M. Ser e Tempo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
14. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. Rev. Latino-Am Enfermagem. 1994; 2(1):83-94.
15. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir;1991.

4.6 Artigo 5

O ser-mulher-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da rotina da internação na UTI Neonatal⁵

Being-woman-mother-of-premature-newborn against hospitalization routine in Neonatal ICU

El ser-mujer-madre-de-recién-nacido-prematuro ante la rutina de la hospitalización en la UTI Neonatal

A rotina de internação na UTI Neonatal.

Resumo: Objetivou-se compreender a compreender o cotidiano das mães de RNPs em manutenção da lactação diante da rotina da UTIN. Foram entrevistadas, de dezembro/2010 a maio/2011, sete mães cujos filhos estavam internados na UTIN no Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A análise pelo método heideggeriano revelou que o ser-mulher-mãe-de-RNP se mostra ocupada com a dupla rotina do lar e da hospitalização do filho. Para isso, se mantém na decadência e é ser-com os familiares e profissionais de enfermagem. Assim, o cuidado individualizado inclui o fortalecimento da rede de apoio, formação de grupos com os pares viabilizando a compreensão da situação. Também será necessário que a formação e a educação permanente dos profissionais promovam uma assistência humanizada e integral.

Palavras-Chave: Mães; Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Hospitalização; Enfermagem.

Resumen: Se objetivó comprender la vivencia cotidiana de las madres de Recién Nacidos Prematuros (RNP) en la UTI. De diciembre/2010 a mayo/2010 fueron entrevistadas siete

⁵ Artigo que será submetido à Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery. Autoria: Caroline Sissy Tronco, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Eliane Tatsch Neves.

madres cuyos hijos estaban internados en la UTIN del Hospital Universitario de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. El análisis por el método heideggeriano reveló que el ser-mujer-madre-de-RNP se muestra ocupada con la doble rutina del hogar y de la hospitalización del hijo. Para ello, se mantiene en la decadencia y es ser-con los familiares y profesionales de enfermería. Así, el cuidado individualizado incluye el fortalecimiento de la red de apoyo, formación de grupos con los pares viabilizando la comprensión de la situación. También será necesario que la formación y la educación permanente de los profesionales promuevan una asistencia humanizada e integral.

Palabras clave: Madres; Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Hospitalización; Enfermería.

Abstract: It aimed to comprehend daily experiences of PNB mothers in NICU. Analysis through heideggerian method revealed that being-woman-mother-of-PNB occupies oneself with the double routine between home and the child's hospitalization. To this, she maintains herself on decay and is being-with family members and nursing staff. That way, individualized care includes straightening the support web, creating groups with pairs in order to comprehend the situation. Also, it'll be necessary that the permanent education for professionals promote a full and humanized assistance.

Keywords: Mothers; Infant, Premature; Intensive Care Units, Neonatal; Hospitalization; Nursing

Introdução

O nascimento prematuro representa a causa mais frequente de morbidade neonatal e está associado a 75% da mortalidade⁽¹⁾. A predição do parto prematuro é associada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, tais como: idade materna, nível socioeconômico, antecedente de prematuridade, estatura materna, gemelaridade, sangramento vaginal no 2º

trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29^a semana gestacional⁽²⁾.

As internações dos RNPs são devidas ao risco de adaptação dessas crianças à vida extrauterina, decorrente da imaturidade anátomo-fisiológica e do processo de diagnóstico e terapêutico. As unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) são um marco na assistência ao RNP, contribuindo para a sua sobrevivência. Destaca-se a necessidade de focalizar a assistência à tríade mãe/filho/família^(3,4).

A família, especialmente a mãe, terá de passar a acompanhar seu filho na UTIN, ambiente de tecnologia avançada que costuma causar impacto e medo⁽⁵⁾. Na condição de acompanhante, é submetida à rotinização hospitalar, que inclui as circunstâncias de (im)possibilidade clínica do bebê ser amamentado. Isso implica na necessidade de manter a lactação⁽⁶⁾.

A permanência no hospital é, para as mães, uma experiência de perdas e ganhos. Por um lado, a mulher perde ao se distanciar da família, de sua cotidianidade e de suas atribuições como mulher, mãe e esposa. Por outro, ela tem a possibilidade de conviver com outras mulheres que se encontram na mesma condição e de adquirir confiança e habilidade para o cuidado do filho. Esse período é marcado por renúncias, principalmente aquelas que dizem respeito às condições de vida que lhes proporcionariam conforto e a companhia de seus familiares⁽²⁾.

Na UTIN o papel da mãe é prover o alimento para seu filho⁽⁷⁾. Por outro lado, o desejo de recuperação do filho e de estar junto dele faz com que as mães busquem estratégias para enfrentar a prematuridade⁽⁸⁾. Durante a permanência hospitalar, tentam restabelecer o vínculo com o filho e desenvolvem habilidades no cuidado específicas ao RNP no seguimento domiciliar^(4,9,10).

Diante disso, tem-se a necessidade de atentar às mães que têm seus filhos internados na UTIN, para compreender seu cotidiano vivido. Assim, o objeto do estudo: o cotidiano das mães de recém-nascidos prematuros (RNP) internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em manutenção da lactação diante da (im)possibilidade de amamentar. E o objetivo da pesquisa: compreender o cotidiano das mães de RNPs em manutenção da lactação diante da rotina da UTIN.

Método

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger⁽¹¹⁾. Essa abordagem busca desvelar, no objeto de estudo, a maneira como ele é em si mesmo – como é o cotidiano das mães diante manutenção da lactação por meio do seu significado – ou seja, um saber do fenômeno e não somente sobre ele. Para tanto, suspende o conhecimento factual – o que já se sabe sobre os fatos – em busca da compreensão existencial do fenômeno. Desse modo, possibilita lançar um olhar às mães de recém-nascidos prematuros em seu mundo próprio existencial. Isso é possível por meio da intersubjetividade entre pesquisador e sujeito da pesquisa, na busca dos significados que as próprias mães atribuem à sua vivência, expressos em suas próprias palavras, a partir do mundo da vida cotidiana.

A etapa de campo da pesquisa foi desenvolvida no período de dezembro de 2010 a maio de 2011, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul(RS), Brasil. Este é um serviço de referência em atendimento de média e alta complexidade para a macrorregião. O cenário da pesquisa foi a UTIN. A unidade possui leitos de alto e médio risco e de isolamento, atende RNs de todas as cidades do estado. Em sua estrutura, conta com uma sala exclusiva para as mães, na qual elas podem permanecer durante o dia.

Os participantes, segundo os critérios de inclusão, foram: mães de RNPs internados na UTIN, que estavam em manutenção da lactação devido às condições clínicas do bebê. Os critérios de exclusão: mães que faziam ablactação. Para selecionar as mães que poderiam participar da pesquisa, primeiramente foram acessados os profissionais no serviço a fim saber quais eram as mães que faziam ablactação.

O número de participantes não foi pré-determinado, visto que a etapa de campo desenvolvida concomitante à análise mostrou o quantitativo de entrevistas necessário para responder ao objetivo da pesquisa, ao apontar a suficiência de significados expressos nas falas das mães⁽¹²⁾. Totalizaram-se sete participantes.

Para a produção dos dados foi realizada a entrevista fenomenológica. Essa modalidade de acesso aos participantes possibilita dar conta do vivido do ser humano, tal como se apresenta na sua vivência, por meio de um movimento de compreensão. Como modo de acesso ao ser, a entrevista é desenvolvida como um encontro singularmente estabelecido entre a pesquisadora e cada participante. O encontro foi mediado pela empatia e intersubjetividade, a partir da redução de pressupostos⁽¹³⁾. Exigiu da pesquisadora uma atitude fenomenológica, para se direcionar, intencionalmente, à compreensão das mães.

Durante o encontro, a pesquisadora precisou: estar atenta aos modos de se mostrar das mães entrevistadas; captar o dito e o não dito; observar as outras formas de discurso: o silenciado, os gestos, as reticências e as pausas; e respeitar o espaço e tempo do outro. Essa posição de abertura da pesquisadora ao outro possibilitou aprimorar, progressivamente, a condução da entrevista, a fim de permitir que o fenômeno emergisse em cada uma das entrevistas⁽¹³⁾. A entrevista se iniciou pela questão orientadora: Como está sendo tirar o leite para alimentar seu filho?

No decorrer da entrevista, a pesquisadora formulava questões empáticas, a fim de evitar induzir respostas, destacando questões expressas pelas próprias mães, que precisavam

ser aprofundadas para melhor compreensão dos possíveis significados apontados. Para encerrar a entrevista, era desenvolvido um *feedback*, perguntando se a mãe gostaria de acrescentar algo e agradecendo sua disposição para esse encontro.

Os depoimentos foram gravados, mediante consentimento, e a transcrição das entrevistas se deu conforme a fala originária, na qual a pesquisadora apontou os silêncios e as expressões corporais observadas durante o encontro. As entrevistas foram codificadas com a letra M de mãe, seguida dos números de 1 a 7.

A análise, pelo método heideggeriano, foi desenvolvida em dois momentos metódicos: análise compreensiva e análise interpretativa⁽¹¹⁾. A compreensão vaga e mediana – primeiro momento metódico – constou da suspensão de pressupostos da pesquisadora, ao desenvolver a escuta e leitura atentas das entrevistas. Com vistas a compreender o significado do cotidiano de mães de RNPs, sem impor-lhes categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático. Foram grifadas, nas transcrições, as estruturas essenciais, formando um quadro de análise. Desse quadro foram constituídos as unidades de significação e o discurso fenomenológico, de modo a construir o conceito vivido, o qual é o fio condutor da hermenêutica – segundo momento metódico⁽¹¹⁾.

O projeto de pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP-UFSM/RS) CAAE 0294.0.243.000-10, cumpriu com a proteção dos participantes quanto aos princípios de: voluntariedade, anonimato, confidencialidade das informações da pesquisa, justiça, equidade, diminuição dos riscos e potencialização dos benefícios, resguardando sua integridade física-mental-social de danos temporários e permanentes. Foi assegurado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apresenta-se, nesse momento, a unidade de significado (US), que mostra a vivência do cotidiano das mães, qual seja: manter uma rotina de ir e vir, que é corrida e cansativa. O

tempo que estão junto ao bebê é bom e ajuda a enfrentar o período de internação. Rezam para que ele pegue peso, melhore e vá para casa. Encontram apoio nos profissionais e na família.

Resultados

A mãe descreve que não descansou desde que ganhou o bebê. Tem uma rotina de ir e vir do hospital para casa e vice-versa. É um dia a dia corrido, cansativo e complicado. Vir todo dia na UTIN é difícil, mas faz parte da vida.

Mãe não tem cansaço. [...] Venho todos os dias [na UTI]. [...] Eu venho 11:30, meio-dia, porque de manhã eu tenho que dar atenção pro outro, e como eu saio daqui 21 ou 22 horas, eu chego em casa cansada. Chego em casa e não tenho ânimo nem de fazer janta. Tenho que jantar, deitar, dormir, descansar pra poder vir. Então, de manhã tenho que dar um pouquinho de atenção pro outro [filho]. [...] a gente se sente cansada da rotina de ir e vir. [...] Desde quando eu ganhei ela, eu não descansei. [...] Tu chega aqui [na UTI] e cada dia é uma coisa. (M1)
Eu venho pra cá às 7 horas da manhã e volto às 7 da noite, até porque eu não conheço bem aqui, daí eu vou pra pousada, lá eu vou pro quarto e durmo, deito, fico e venho, assim é sempre, sabe. [...] De manhã eu chego aqui animada. [...] é tudo (suspiro) muito corrido, muito diferente [...] é um dia a cada passo a adiante (M2)

[...] é cansativo, eu tava dividida entre ir pra casa, eu moro longe e eu não sabia como ia vir. Mas agora eu já consegui uma carona, então tô bem mais tranquila. Então prefiro ir pra casa, fico mais descansada, é mais tranquilo. Daí eu prefiro vir todos os dias, daí eu vou ficar, é, vou ficar mais inteira. [...] Aqui no hospital é difícil dormir, tudo é desagradável, desconfortável, em casa eu retomo as energias [...] é cansativo, só expectativa... (M3)

[...] eu tenho que mandar o outro pro colégio de manhã, e atender os outros também [...] Cansada, muito cansada de ir pra lá e pra cá [...] Eu chego, fico com ele o máximo de tempo possível assim, saio nas trocas de plantão pra comer alguma coisa, mas vou lá embaixo, como e volto de novo. (M4)

[...] o dia a dia é uma correria, porque eu levanto, tenho que arrumar o outro pra ir pra escola, largo ele na escola, vou pro serviço [...] Quando eu posso, venho de manhã aqui, daí eu vou pro serviço e volto pra cá de novo. Mas daí, quando eu vejo que tô com pouca passagem, eu venho dia sim, dia não, mas daí eu ligo de manhã, de tarde e de noite pra saber dela. Mas é raro eu não vim, se não venho num dia, no outro eu tô aqui. Mas se venho de manhã, de tarde eu venho, é meio corrido, mas faz parte da vida da gente. (M5)

[...] eu fico em casa agora na semana, porque eu trabalho. A gente não quer, eu não quero voltar, nem no colégio, deixei um pouco de lado estas coisas, pra cuidar um pouco da casa, porque daí eu posso ficar o tempo todo aqui. Isso que nem dá muito tempo, antes a gente vinha duas vezes por dia, agora a gente tá vindo só uma, porque é corrido, aí é uma correria assim. (M6)

[...] bem 7 horas da manhã eu tô aqui, 1 hora da tarde eu tô aqui, 5 horas da tarde eu tô aqui, 7 horas da noite eu tô aqui, então é difícil assim [...] eu levanto de manhã, sem o [nome da criança], escovo os dentes, e venho pra cá, tiro o leite dele, fico um pouquinho com ele, desço pra tomar café, 11 horas eu tive que vim pra tirar leite pra ele. Eu vim e depois desci pra almoçar. Normalmente as enfermeiras que estão lá embaixo tiram pressão, verificam a temperatura, dão remédio, tudo. Depois eu volto pra cá, fico aqui até umas 7 horas da noite. Antes das 19, 18:30, daí eu vou lá, tomo banho, janto e subo mais um pouquinho pra ver ele e depois eu durmo e [...] vou vir todo o dia [quando eu der alta] só não vou pousar aqui com ele, porque não vou vir de noite, porque é complicado. (M7)

A mãe expressa que ficar junto ao bebê é agradável e maravilhoso, ficar o dia inteiro sentada ao lado dele é bom. Ajuda saber que pode vir a qualquer hora ver seu bebê.

Maravilhoso tá em roda dela.[...] De tarde eu venho pra ficar com ela. (M1)

[...] se eu tô aqui, tô o dia inteiro, tô sentada ali com ele, desço pra almoçar e volto, fico a tarde inteira sentada com ele. (M2)

[...] melhor pra ele (M3)

[...] eu venho e passo as tardes inteirinhas com ele [...] aí eu venho e passo a tarde com ele, é agradável, é bom ficar junto dele, ajuda, ajuda a gente a ter mais força [...] saber que tu pode ficar o dia inteirinho ali com ele só olhando já ajuda bastante, a gente se sente um pouco mais confortável. Se eu quiser vir aqui de madrugada, eu venho, e posso ver de madrugada, isso ajuda bastante, dá um conforto pra gente [...] saber que eu posso vir e ficar ali com ele [...] se eu tô lá eu ia trocar ele, eu que troco, dou mamá, eu ajeito ele, tudo, que tomo conta dele ali. Elas verificam as coisas que precisam verificar, mas como ele tá bem, não tem que tomar remédio. Eu tomo conta dele, não é a minha casa, mas eu que tomo conta, troco a fralda, se tá com a roupa suja eu troco, dou mamá pra ele. Eu que cuido dele aqui dentro, verifico a temperatura, ela me dão o termômetro. (M4)

[...] aqui a gente pode vir a qualquer hora, isso é que é o bom, poder ver ele a qualquer instante que tu quer. (M7)

A mãe expressa ter esperança e rezar para que o filho melhore, ganhe peso, se recupere e fique bem. Torce para que possa ir pra casa e levá-lo junto. Aguarda a alta hospitalar, ajeitando tudo na casa para recebê-lo. Somente quando estiverem juntos em casa é que poderá ficar descansada e tranquila.

Eu só vou descansar quando ela for pra casa, que a gente fica mais tranquila. [...] Tu acha que [o filho] vai dar alta e não vai. Ela tá desde domingo pra dar alta e nunca dá alta. [...] em casa daí a gente fica mais tranquila. (M1)

[...] procuro pensar que logo ele vai tá bom, logo eu vou poder ir pra casa com ele. [...] se ele tiver com peso, mamando bem na mamadeira, eles vão liberar. [...] ele vai sair logo, poder ir pra casa, é isso que eu mais quero, poder voltar pra

casa [...] a única coisa que eu quero é que ele vá embora [...] eu não vejo a hora de poder ir pra casa, ter meus dois pimpolhos. (M2)

[...] eu queira ter levado ele pra casa agora, mas tudo bem, não é o fim do mundo. (M3)

[...] ele só precisa ganhar peso pra poder ir pra casa [...] agora eu sei que ele vai para casa, é só ele ganhar um pouquinho de peso que ele vai pra casa comigo [...] agora dá pra esperar mais tranquila [...] falta pouquinho pra ele ir pra casa [...] mas eu vou pra minha casa logo, logo, com ele [...] ele vai melhorar vai engordar... (M4)

[quero que] ela saia logo, tem que pegar quilo [...] eu rezo bastante, então não vejo a hora de ela sair dali, e pra mim é que ela vai logo pra casa, a esperança é grande [...] eu tenho muita fé, rezo bastante que ela vai sair logo, ela tem que pegar peso, se recuperar mais. [...] a gente não se sente, nem tem explicação, até as roupinhas a gente vê em casa, eu passo a roupa dela, lavo, tô ajeitando tudo pra quando ela for pra casa [...] é só torcer pra levar pra casa. (M5)

[...] sorte que ele tá bem, vai pra casa se Deus quiser, é bem complicado, é muito difícil. (M7)

A mãe relata que não conseguiria passar por isso sozinha. Recebeu apoio da família, dos profissionais da enfermagem, e outras pessoas. Os profissionais de enfermagem eram atenciosos, conversavam, acalmavam, o que ajudava a descontrair e tirar um pouco a preocupação. Ajudaram com passagens para ir ao hospital, assim como outras pessoas que ajudaram dando carona.

As enfermeiras me dão passagem para vir ao hospital. (M1)

[...] estar longe de tudo, de todos, me angustia [...] angustia tá longe do meu marido, dos meus familiares, do meu filho, principalmente do meu filho, ter o apoio, a mãe tá aqui comigo, mas, sabe, só a mãe não chega. [...] os familiares que eu tô fazendo aqui é as enfermeiras, que conversam com a gente [...] quando dá uma notícia ruim [...] cai teu astral, mas eu tento tá mais calma possível [...] não tem é uma agonia que eu não sei te explicar [pausa] é uma agonia que dá vontade de chorar o dia inteiro. Elas [enfermeiras] conversam, me explicam me acalmam [...] ela [enfermeira] começou a conversar, me descontrair conversar [...] foi uma descontração boa [...] fez eu tirar um pouco a preocupação da cabeça. (M2)

Vão me trazer, eu consegui carona, eu não sou muito de ficar pedindo, mas as pessoas oferecem e neste caso eu vou aceitar porque é importante, daí eu vou sempre que der estar por aqui. (M3)

As gurias são bem atenciosas, a minha família me deu apoio muito grande, então passou [...] eu tenho os outros também, então a gente se levanta pelos filhos que a gente já tem [...] acho que se eu não tivesse o apoio do pessoal aqui e da minha família, eu não sei não, não me imagino passando por isso aqui sozinha não, de jeito nenhum. E às vezes, quando tá assim querendo cair, as gurias vêm e me acalma, isso aí melhora, passa, aí a gente dá uma animada, senão, não. (M4)

Enfermeiras são bem pacientes, elas conversam [...] e a gente faz uma amizade com as enfermeiras, porque elas conversam assim com a gente [...] achei que eu

ia me sentir mais incomodada assim, que eu não tivesse aquela convivência com as enfermeiras, de conversar mais com a gente. (M6)

Discussão

Ao falar do cotidiano de ter um filho que é prematuro e está internado na UTIN, a mãe se mostra como “eu” no seu existir. Ao se apresentar dessa forma, se revela como ser-mãe-de-RNP. Ao se mostrar como “eu”, assume o lugar de protagonista de suas vivências, dizendo que é ela mesma: em como se re-conhece, se relaciona e se comporta.

O ser-aí, “que sempre eu mesmo sou”, indica “um eu e não um outro”^(11:165). O “eu”, que se revela presente (-aí), se comporta de diferentes maneiras em seu existir. O ser foi determinado por Heidegger como presença. Nesse sentido, a presença, na multiplicidade de modos de ser, indica continuamente o acontecer da história vivida/vivenciada por cada ser.

É na presença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua história e a sua existência. A essência do homem reside em sua existência⁽¹¹⁾. Como presença, o ser-mãe-de-RNP se mostra de diferentes modos em seu cotidiano. Esses modos de ser são características constitutivas de seu existir sendo mãe de um bebê que é prematuro e está internado em UTIN.

O ser-mãe-de-RNP vivencia uma dupla-facticidade, vista sob diferentes condições: no caráter permanente de ter nascido prematuro e no caráter transitório de estar internado na UTIN. De ambos os fatos o ser-mãe-de-RNP não pode escapar, são situações postas em seu cotidiano.

Diante desta dupla facticidade, as mães falam de si e dos fatos: se sentem cansadas, não estão acostumadas com aquela rotina de ir e vir do hospital para casa e vice-versa. Quando estão em casa têm que cuidar dos outros filhos e das tarefas domésticas, e quando estão no hospital ficam o tempo todo ao lado do bebê, o que torna-se uma rotina. Assim, o ser-mãe-de-RNP se mostra no modo de ser da ocupação^(11:154).

Elas está ocupada com a rotina de ir e vir ao hospital e na manutenção das rotinas do lar. Desenvolvendo aquilo que esperam dela, se mostra como ser-mulher. Na manutenção das rotinas do lar, o ser-mulher descreve que tem que atender, arrumar e dar atenção para os outros filhos. Se ocupa com os estudos, o trabalho fora de casa e o cuidado com o lar.

Ao significar desse modo, ela anuncia uma cosmovisão do papel social da mulher. Essa compreensão de si mesma herdada da tradição abre e regula as possibilidades do seu ser, antecipa-lhe os passos⁽¹¹⁾. Assim, conta que a manutenção dessas atividades é cansativa, no entanto refere que mãe não tem cansaço. Ela se empenha em estabelecer a rotina de ir e vir de casa para o hospital.

Esse envolvimento com aquilo que tem que ser feito mantém o ser-mulher-mãe-de-RNP ocupado em um modo de lidar com o que lhe vem ao encontro, a hospitalização do bebê. Portanto, “o ser-no-mundo é tomado pelo mundo que se ocupa”⁽¹¹⁾.

Ao se ocuparem com essa rotina, as mães relatam que se acostumaram, uma situação que faz parte daquele momento da vida, cada dia é diferente, mas preferem pensar no futuro. Percebem que, apesar de ser ruim, se empenham em manter essa rotina. Assim, o ser-mulher-mãe-de-RNP se mostra no modo de ser da decadência, que indica empenho na convivência, em que o ser se mantém como todos são e querem que ele seja, e não se revela como ele mesmo é em sua singularidade.

Elas contam que aguardam a alta hospitalar rezando e pedindo a Deus que a criança melhore, ganhe peso, e preparando o lar para a chegada do filho. O ser-mulher-mãe-de-RNP na decadência é, em si mesmo, tanto tentador quanto tranquilizante. Como caracteres da decadência tem-se a tentação, tranquilidade, alienação e aprisionamento^(11:245). Essa tranquilidade não conduz à inércia e à inatividade. A decadência move a presença para uma alienação que encobre o seu ser mais próprio. A alienação fecha as possibilidades do ser-si-mesmo, faz com que a presença se aprisione na impessoalidade^(11,14).

As mães contam que podem ir ao hospital para ver o recém-nascido a qualquer hora e saber isso é bom. Quando estão ao lado do filho, mesmo que só olhando, se sentem melhor. Acompanhar o filho durante a internação ajuda a enfrentar as dificuldades, traz conforto e tranquilidade. Dessa forma, se mantêm na decadência, a qual não exprime qualquer avaliação

negativa, mas indica como a presença, na maioria das vezes e quase sempre, se mostra no cotidiano.

Elas contam que receberam apoio da família, dos outros filhos, da mãe e dos profissionais da enfermagem. Os profissionais auxiliam na compra de passagens, a convivência e as conversas ajudam durante o período de internação do filho. Assim, o ser-mulher-mãe-de-RNP se relaciona no modo de ser-com as pessoas que a ajudaram. E mostra a necessidade de ajuda.

Conclusão

Para a mãe, o cotidiano de ter um filho que é prematuro e está internado na UTIN significa estar ocupada com a dupla rotina do lar e da hospitalização do filho. Para isso se mantém na decadência, acostumada com a rotina de acompanhar o filho. É ser-com os familiares e profissionais de enfermagem.

Para a mãe, se manter na decadência a deixa tranquila. No entanto, para que ela possa enfrentar a hospitalização participando da recuperação do filho, não apenas como acompanhante, mas como cuidadora principal, é necessário que ela compreenda o que está acontecendo.

Necessita-se, então, criar estratégias junto à mãe a fim de que ela possa se organizar nessa situação. Ela precisa de apoio para cuidar dos filhos que ficam em casa, para isso salienta-se a importância da presença dos familiares, como fonte de ajuda no cuidado dos filhos que ficaram em casa e na execução de tarefas domésticas. Uma rede familiar de apoio forte possibilita que a mãe se organize para acompanhar o filho durante a internação, com vistas ao preparo para a alta hospitalar.

Outra estratégia é a criação e ampliação de grupos de apoio, rede de apoio institucional, com a participação de mães que têm seus filhos internados e aquelas cujos bebês estão em casa, possibilitando a troca de experiência e vivências. Ouvir de outras mães

desenvolve a perspectiva de ter o filho em casa. A mediação dos profissionais da UTIN nos grupos oportuniza o compartilhar de inquietações, medos e angústias, colaborando com a compreensão do nascimento inesperado e da hospitalização de seu filho.

A partir disso, a equipe da UTIN poderá (re)conhecer as necessidades de cada mãe, e o cuidado profissional dispensado a elas deve ser singular. Para isso, é necessário investir na formação e na educação permanente dos profissionais de saúde que atuam em UTIN, para que promovam uma assistência humanizada e integral, a fim de proporcionar uma relação de confiança num ambiente tranquilo e acolhedor.

Referências

1. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J. Pediatr., 2005;81(Supl.1):S111-8.
2. Salgel AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(3):642-6.
3. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido prétermo e de baixo peso. Rev. bras. Saúde Matern. Infant. 2008;6(1):47-57.
4. Costa R, Padilha MI. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):248-55.
5. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC, Medeiros Junior A, Accioly Junior H. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. Reme – Rev. Min. Enferm. 2010;14(2):159-65.
6. Yamamoto RCC, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém-nascidos pré-termo de diferentes idades gestacionais. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2009;14(1):98-105.
7. Silva RV, Silva IA. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):108-15.
8. Dittz ES, Mota JACS, Roseni R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008;8(1):75-81.

9. Rabelo MZS, Chaves EMC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):333-7.
10. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(1):108-13.
11. Heidegger M. *Ser e Tempo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
12. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 1994; 2(1):83-94.
13. Carvalho AS. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir;1991.
14. Heidegger M. *Todos nós... ninguém*. São Paulo: Moraes; 1981.

9 DISCUSSÃO

Heidegger propõe como fio condutor da análise interpretativa o conceito de ser (HEIDEGGER, 2009). Este foi constituído das unidades de significação desveladas no primeiro momento metódico de análise compreensiva, a compreensão vaga e mediana. À luz desse conceito e dos modos de compreensão é possível decidir o que está obscuro e ainda não esclarecido.

Neste estudo, o conceito de ser, para o ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro o cotidiano da manutenção da lactação, significa ter algum problema de saúde na gestação que fez o bebê nascer antes da hora esperada. Elas querem saber o que o bebê tem e o que está acontecendo. Ficam preocupadas com a situação, mas depois se acalmam, porém continua sendo difícil. O bebê nascer antes da hora, prematuro e pequeno, ter que ficar na UTI e a mãe ir para casa e deixar o bebê no hospital. Esperar que o filho estivesse mamando no peito. É difícil ter que colocar o leite fora e dói porque empedra. Colocar o filho no peito faz se sentir mais mãe. Tirar o leite poderá ajudar na recuperação do filho. Manter a rotina do lar e ter que ir e vir é cansativo. O tempo em que estão junto ao bebê é bom e ajuda a enfrentar o período de internação. Rezam para que ele melhore e pegue peso para ir para casa. Encontram apoio nos profissionais e na família.

A partir dos significados, foram desvelados os sentidos, compondo a análise interpretativa da investigação, a hermenêutica.

No cotidiano das mães, ter um filho que é prematuro que está internado na UTIN significa ter vivido uma transitoriedade da gestação ao parto prematuro, que tentou evitar, mas não conseguiu. É possível compreender que o ser-mãe-de-RNP vivencia uma dupla-facticidade, vista sob diferentes condições: no caráter permanente de ter nascido prematuro e no caráter transitório de estar internado na UTIN. De ambos os fatos o ser-mãe-de-RNP não pode escapar, são situações postas em seu cotidiano.

Diante disso, elas querem entender o que está acontecendo, repetem as informações recebidas dos profissionais e parecem ter compreendido tudo, quando na verdade não se apropriaram do conhecimento. Assim, se mantêm presas na falação, curiosas e na ambiguidade, características fundamentais do ser da cotidianidade, a decadência (HEIDEGGER, 2009).

Esse sentido existencial não exprime qualquer avaliação negativa, mas indica como a presença, na maioria das vezes e quase sempre, se mostra no cotidiano: de modo impessoal. Decair na impessoalidade indica o empenho na convivência, em que o ser se mantém como todos são e querem que ele seja, e não se revela como ele mesmo é em sua singularidade.

As mães se mostraram assustadas com o nascimento prematuro, com a internação na UTIN e o que ela representa, e ainda ter que dar alta e deixar o bebê no hospital. Assim, o ser-mãe-de-RNP se mantém no modo de ser do temor, em suas três perspectivas: apavorada com o bebê pequeno e prematuro, horrorizada com a UTIN e aterrorizada ao ter que ir para casa e o bebê permanecer internado. O temor é um modo de disposição da presença, em um exercício relacional no mundo. Na disposição, a presença se abandona ao mundo e se esquia de ser si mesma. (HEIDEGGER, 2009)

Elas se mantêm na falação quando falam sobre a importância do leite materno para que o bebê ganhe peso, temem pela saúde do bebê por não estar mamando e porque o leite pode secar, por isso se ocupam com a manutenção da lactação. Se relacionam como ser-com-o-filho no momento em que o colocam no peito e, por fim, ficam preocupadas com a saúde do filho.

Nesse momento elas (re)conhecem o bebê como filho. “A relação ontológica com os outros torna-se, pois, projeção do próprio ser para si mesmo num outro. O outro é um duplo de si mesmo” (HEIDEGGER, 2009, pg. 181). Assim, o ser-mãe-de-RNP se relaciona como ser-com o filho, pois ele mesmo é presença. Essa característica de se relacionar e de viver dá sentido à vida humana.

A partir de então, elas mostram que não apenas se ocupam com a ordenha, mas que o fazem por acreditar que o leite materno ajude na recuperação de seu filho. Nesse momento percebe-se o movimento da ocupação para preocupação com o filho (HEIDEGGER, 2009). Esse modo-de-ser possibilita ao ser-mãe-de-RNP um movimento existencial do entendimento de que tem que tirar o leite como uma obrigação para a compreensão da importância do leite materno para o filho. Sendo esse movimento de compreensão fugaz.

O ser-mãe também se ocupa com a dupla rotina do lar e da hospitalização do filho. Ao significar desse modo, ela anuncia uma cosmovisão do papel social da mulher. Essa compreensão de si mesma herdada da tradição abre e regula as possibilidades do seu ser, antecipa-lhe os passos (HEIDEGGER, 2009).

Para isso se mantêm na decadência, acostumadas com a rotina de acompanhar o filho. Esse envolvimento com aquilo que tem que ser feito mantém o ser-mulher-mãe-de-RNP ocupado em um modo de lidar com o que lhe vem ao encontro, a hospitalização do bebê. São ser-com os familiares e profissionais de enfermagem. Portanto, “o ser-no-mundo é tomado pelo mundo que se ocupa” (HEIDEGGER, 2009). O ser-mulher-mãe-de-RNP se mostra no modo de ser da decadência, que indica empenho na convivência, em que o ser se mantém como todos são e querem que ele seja, e não se revela como ele mesmo é em sua singularidade.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do vivido do ser-mãe-de-RNP aponta para a necessidade de aliar a assistência ao RNP a uma atenção à família, especialmente, às mães. Além de congregar a dimensão biológica e clínica, imprescindível à sobrevida dos RNPs, à dimensão subjetiva e social do cuidado à tríade mãe/filho/família.

Esse cuidado tem a intenção de permitir um movimento existencial da impessoalidade decadente para a possibilidade do ser-mãe se descobrir em sua singularidade e se mostrar como si mesmo diante de suas potencialidades e limites. Colaborando para que compreendam a situação que estão passando e desenvolvam estratégias de restabelecer o vínculo com o bebê e habilidades de cuidado diante das demandas específicas da prematuridade, com vistas a enfrentar a hospitalização participando da recuperação do filho, não apenas como acompanhante, mas como cuidadora principal para que se sintam mães.

Percebeu-se que o movimento da inautenticidade para a autenticidade se deu no momento em que a mãe colocou o bebê no peito, possibilitando que ela compreendesse a importância de realizar a ordenha, mantendo a lactação até que o bebê possa ser amamentado no peito. Esse momento foi importante, pois desvelou a relação genuína e autêntica da mãe com o filho, de tal forma que somente a partir desse momento ela chamou o bebê de filho.

Para isso, espera-se que a UTIN seja um lugar onde se estabeleça uma relação de confiança entre a mãe, família e profissionais da UTIN, num ambiente tranquilo e acolhedor. Para que a assistência possibilite esse movimento, os profissionais precisam apoiar as mães e demais familiares cuidando, além do RNP, mas também da mãe, durante a internação na UTIN. Esse cuidado deve ser mediado pelo diálogo, proporcionando uma aproximação maior da mãe e de seu filho, ajudando-a a compreender o que está acontecendo com o bebê.

Ao compreender essas facetas da manutenção da lactação das mães de UTIN, a equipe da UTIN poderá (re)conhecer as necessidades de cada mãe, e o cuidado profissional dispensado a elas será individualizado. Direcionando as ações, o tempo dispensado para as mães e os esclarecimentos a respeito do que está acontecendo durante esse período.

Algumas estratégias a serem implantadas e implementadas contribuem com a inserção da mãe como protagonista dos cuidados, entre elas estão o Método

Canguru, que pode antecipar o contato e o desenvolvimento da relação entre mãe e filho ou filha. Assim que possível, deve-se estimular um maior contato com o corpo e o calor da mãe contribuindo para a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos. E a criação de um banco de leite humano, para que o leite ordenhado seja utilizado por outros bebês enquanto seus filhos têm a recomendação de não receber qualquer alimento. Essas estratégias poderão ajudar as mães a se sentirem parte do processo de recuperação do filho.

Para o ensino, é necessário investir na formação e na educação permanente dos profissionais de saúde que atuam em UTIN, para que promovam uma assistência humanizada e integral. Com vistas a preparar os profissionais que acompanham a mãe durante esse período, apoiando-as e possibilitando que elas façam o movimento da inautenticidade para a autenticidade.

Para ampliar e aprofundar esta discussão, sugere-se desenvolver mais pesquisas acerca das mães de UTIN, bem como a necessidade de identificar a rede de apoio a essas mulheres, e desvelar a percepção dos profissionais acerca dessas mães, para que possamos desenvolver um cuidado de qualidade para o bebê, sua mãe e sua família. Sugere-se a criação e ampliação de projetos de extensão que envolvam essas mulheres-mães, instrumentalizando-as acerca de seus direitos, apoiando-as na manutenção da lactação, compartilhando vivências e experiências entre os pares, e para que elas possuam uma ampla rede de apoio forte.

Por fim, salienta-se a importância da ampliação e da efetivação de políticas públicas que apoiem as mães de UTIN. Entre elas destaca-se a ampliação da licença-maternidade para mães de prematuros. Essas mulheres precisam de mais tempo com os filhos, pois muitas vezes o bebê dá alta da UTI e a licença-maternidade da mãe está terminando, o que inviabiliza a adaptação da mãe e de seu filho em casa.

11 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. M.; XAVIER, C. C.; TARTÁGLIA, D. Alojamento Conjunto I: porque a assistência à parturiente e a seu filho no sistema alojamento conjunto? **Revista CEPECS**. Belo Horizonte, n. 2, p. 17-20, 1984.

ALMEIDA, J. A. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARAÚJO, B. F. A.; TANAKA, A. C. A.; MADI, J. M.; ZATTI, H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.5, n.4, p.463-6. out/dez. 2005.

AVERY, G.B. **Neonatologia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 1º ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.2, n.1, p.83-94, 1994.

BONNARD, A. et al. The use of the score for neonatal acute physiology-perinatal extension (SNAPPE II) in perforated necrotizing enterocolitis: could it guide therapy in newborns less than 1500 g? **Journal of Pediatric Surgery**. v.43, n.6, p.1170-1174, 2008.

BRAIMA, O.; RYAN, C. A. Neonatal resuscitation program guidelines 2006: ready, steady, can't go! **Irish medical journal**. v.101, n.5, p.142-144, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 66.623**, de 22 de Maio de 1970.

_____. Ministério da saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso. Brasília. Ministério da Saúde. 2002

_____. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2007.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília, 2008. 160 p.

_____. DATASUS, Informações de Saúde, disponível em [HTTP://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/hvuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/hvuf.def) Acesso em: 15 do setembro de 2009.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Saúde do recém-nascido, Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1464 Acesso em: 18 de outubro de 2009

CABRAL, I. E.; SILVA, F. D. O cuidado de enfermagem ao egresso da terapia intensiva: reflexos na produção científica nacional de enfermagem pediátrica na década de 90. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.3, n.2, p.1-20, 2001.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir; 1991.

CARVALHO, A. B. R. de; BRITO, A. S. J. de; MATSUO, T. Assistência à saúde e mortalidade e recém-nascidos de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública**. v.41, n.6, p.1003-12, 2007.

CHAWLA, D.; et al. Parenteral nutrition. **Indian journal of pediatrics**. v.75, n.4, p.377-383, 2008.

CLOHERTY, J.P., EICHENWALD, E.C., STARK A.R. **Manual de Neonatologia**. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

DALL'OGGIO, I.; et al. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. **Acta paediatrica**. v.96, n.11, p1626-1631, 2007.

DARMSTADT, G. L.; et al. Effect of skin barrier therapy on neonatal mortality rates in preterm infants in Bangladesh: a randomized, controlled, clinical trial. **Pediatrics**. v.121, n.3, p.522-529, 2008.

DELGADO, S.E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v.17, n.2, p.141-152, 2005.

DELGADO, S. E.; ZORZETTO, M. A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação. **Revista Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 53-62, 2003.

ERSCH, J.; et al. Increasing incidence of respiratory distress in neonates. **Acta paediatrica**. v.96, n.11, p.1577-1581, 2007.

GAGLIARDI, L.; et al. Necrotising enterocolitis in very low birth weight infants in Italy: incidence and non-nutritional risk factors. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**. v.47, n.2, p.206-210, 2008.

GAYLORD, M. S.; et al. Improved fluid management utilizing humidified incubators in extremely low birth weight infants. **Journal of Perinatology**. v.21, n.7, p.438-443, 2001.

GIANNANTONIO, C.; et al. An epidemiological analysis of retinopathy of prematurity over 10 years. **Journal of pediatric ophthalmology and strabismus**. v.45, n.3, p.162-167, 2008.

GIUCLIANE, E. R. J.; LAMONIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**. v.80, suplemento n. 5, p.117-118, 2004.

GOTA DE LEITE: O Novo Modus Operandi PNIA [Texto internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. Acesso em: 12 de agosto de 2010. Disponível em: www.bvsam.iciet.fiocruz.br/gotadeleite/01/gotadeleite01.htm

GROVER, A.; et al. Iatrogenic malnutrition in neonatal intensive care units: urgent need to modify practice. **Journal of parenteral and enteral nutrition**. v.32, n.2, p.140-144, 2008.

GUIMARÃES, E. A. A.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.2, n.3, p.283-290, 2002.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

HOWE, T. H.; et al. Multiple factors related to bottle-feeding performance in preterm infants. **Nursing Research**. v.56, n.5, p.307-311, 2007.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M.; BARREIRA, C. B. S. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil – 1998-2001. **Revista Latino americana de enfermagem**. v.11, n.4, p.436-443, 2003.

KUDAWLA, M.; DUTTA, S.; NARANG A. Validation of a clinical score for the diagnosis of late onset neonatal septicemia in babies weighing 1000-2500 g. **Journal of Tropical Pediatrics**. v.54, n.1, p.66-69, 2008.

LAFFEBER, H. N.; et al. Nutritional factors influencing infections in preterm infants. **The Journal of nutrition**. v.138, n.9, p.1813-1817, 2008.

LAPTOOK, A. R.; SALHAB, W.; BHASKAR, B. Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities. **Pediatrics**. v.119, n.3, p.643-649, 2007.

LOPES, M. C. S. O.; SILVA, R. V.; QUINTAL, V. Aspectos nutricionais e imunológicos do leite e Banco de Leite Humano. In: SPALLICCI, M. B. D.; COSTA, M. T. Z.; MELLEIRO, M. M. organizadores. **Gravidez e Nascimento**. São Paulo: EDUSP, 2002. P.201-207

MANCINI, P. G. B.; MELÉNDEZ, G. V. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a esta prática. **Jornal de Pediatria**. v.80, n.3, p.241-248, 2004.

MARQUES, M. B. **Discursos médicos sobre seres frágeis**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2. ed. São Paulo: MORAES, 1994.

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

MERCÊS, C.A.M.F.; ROCHA, R.M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.14, n.3, p.470-475, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NASCIMENTO, M. B.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de pediatria**. v.80, suplemento n.5, p.163- 172, 2004.

NICHD. The nichd study of early child care and youth development. Findings for children up to age 4 ½ years. U.S. Department of health and human service, 2006.

O'CONNOR, D. L.; et al. Growth and nutrient intakes of human milk-fed preterm infants provided with extra energy and nutrients after hospital discharge. **Pediatrics**. v.121, n.4, p.766-776, 2008.

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enfermagem**. v.14, n.4, p. 498-505, 2005.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.14, suplemento n.1, p.25-32, 1998.

PADOIN, S. M. M. **O cotidiano da mulher com HIV/aids diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva heideggeriana**. 2006. 195p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PAULA, C.C. **Ser-adolescendo que tem aids: cotidiano e possibilidades de cuidado de si. Contribuições da Enfermagem no cuidar em saúde**. 2008. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2008.

PEREIRA, A. R. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Revista Brasileira de História**. v.19, n.38, p.165-198, 1999.

RAMOS, J. L. A. Alimentação ideal para o prematuro. In: ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2008.

REGO, José Dias. **Aleitamento Materno**. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

REICHERT, A.P.S; LINS, R.N.P; COLLET, N. Humanização do cuidado da unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.9, n.1, p.200-213, 2007.

RISKIN, A.; SHIFF, Y.; SHAMIR, R. Parenteral nutrition in neonatology--to standardize or individualize? **The Israel Medical Association journal**. v.8, n.9, p.641-645, 2006.

ROCHA, N. M. N. da; MARTINEZ, F. E.; JORGE, S. M. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. **Journal of Human Lactation**. v.18, n.2, p.132-138, 2002.

RODRIGUES, E. C. **Conhecer para cuidar: o desafio dos pais do bebê prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira**. 2000. 166p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SANTANA, L.F. **O cuidar de recém-nascidos graves: a percepção da equipe de enfermagem**. 2003. 126p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2003.

SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D, MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista Saúde Pública**. v.42, n.5, p.957-964, 2008.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebe prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 245 f. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SHRIMPTON, R. Preventing low birthweight and reduction of child mortality. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. v. 97, n.1, p.39-42, 2003.

SILVA, R. V. da.; SILVA, I. A. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.13, n.1, p.108-115, 2009.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino americana de Enfermagem**. v.5, n.3, p.13-17, 1997.

SMANS, K.; et al. Patient dose in neonatal units. **Radiation protection dosimetry**. v.131, n.1, p.143-147, 2008.

SOUZA, L. M. B.; ALMEIDA, J. A. G. **História da alimentação do lactente no Brasil – do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2005

SRITIPSUKHO, S.; SUAROD, T.; SRITIPSUKHO, P. Survival and outcome of very low birth weight infants born in a university hospital with level II NICU. **Journal of the Medical Association of Thailand**. v.90, n.7, p.1323-1329, 2007.

TAVARES, L. A. M. **Uma Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro**. Edição comentada. Campos dos Goytacazes,RJ: Diagraphic. 2011. 170pg.

TRONCO, C. S.; PADOIN, S.M.M; NEVES, E.T.; LANDERDAHL, M.C. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Revista de enfermagem da UERJ**. v.18, n.1, p.108-113, 2010.

TRONCO, C.S.; PAULA, C.C.; PADOIN, S.M.M.; LANGENDORF, T.F. Análise da produção científica acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso em UTI. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.31, n.3, p.575-583, 2010.

VANNUCHI, M.T.O.; MONTEIRO, C.A.; RÉA, M.F.; ANDRADE, S.M. de; MATSUO, T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Revista de Saúde Pública**. v.38, n.3, p.422-8. 2004.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.37, n.1, p.19-35, 2003.

WEIRICH, C. F.; et al. Mortalidade neonatal em unidades de cuidados intensivos no Brasil Central. **Revista Saúde Publica**. v.39, n.5, p.775-81. 2005.

YAMAMOTO, R. C. C.; KESKE-SOARES, M.; WEINMANN, A. R. M. Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém-nascidos pré-termo de diferentes idades gestacionais. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v.14, n.1, p.98-105, 2009.

ZUKOWSKY, K. Breast-fed low-birth-weight premature neonates: developmental assessment and nutritional intake in the first 6 months of life. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**. v.21, p.3, p.242-249, 2007.

Apêndice A – Quadro de Análise

Objeto do estudo: vivência de mães de RNP diante da manutenção da lactação.

Objetivo da pesquisa: compreender a vivência cotidiana das mães de recém-nascidos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal.

O cotidiano para as mães de recém-nascidos prematuros diante da manutenção da lactação significa...

Fragmento		Ôntico	Ontológico
Tanto que eu chego aqui às vezes e as doutoras dizem que ela ter que fazer uma coisa, já me apavoro [...] já queria saber o porquê, daonde, como. [...] a gente fica bem preocupada [...] achava que ela não ia sair nunca, mas depois a gente se acalmou. [...] qualquer coisa já me apavoro [...] tudo eu fico assustada. (M1) (M1) [...] o médico lá [hospital da sua cidade] que transferiu ele pra cá [UTI] disse [que a criança poderia ficar] uns 5 ou 6 dias talvez pra tratar a glicose. Não esperava ser tudo isso. [...] a gente tem medo de perguntar pro médico, explicar direito o que tem, pra saber a resposta, tem que saber a resposta, dá um certo medo [...] eu fico nervosa, preocupada, não sei o que tá acontecendo [...] a preocupação é demais, aparentemente ele tá bem melhor do que tava, mas a preocupação fica [...] pra mim ele tá super bem [...] só que, ah meu Deus, ele tá doente, não tem como tu não ficar angustiada.[...] eu só tenho vontade de chorar, mas eu tento ao máximo botar a cabeça no lugar, tentar pensar no amanhã, vê se me acalma passar calma pra ele, mas eu não consigo, tem horas que dá aquela agonia e tu tem que chorar, assim que eu tô quase todo o dia. (M2) Eu ainda não consegui falar com a médica, mas eu acho que [o bebê] tá bem. [...]Eu não tô tão assustada, eu acho que vai ficar tudo legal. (M3) Eu vim pra cá porque eu tava com muita dor, daí eu passei uma noite inteira de repouso sem levantar pra nada, tentando segurar ele, mas não deu, não teve jeito [...] ele nasceu. A pediatra falou que tava tudo bem, tudo em ordem, que ele tava com um pouco de dificuldade pra respirar [na internação] [...] ela [médica] tava me explicando agora há pouco. [...]Agora eu tô bem mais... agora só choro assim de vez em quando. Na primeira semana eu chorava assim, direto, agora não, agora já... não conseguia nem vir pra cá [...] mas o susto já passou [...] é difícil, mais passa [...] depois vai passando, a gente vai se acostumando com a pessoas, se o nenê não der nenhum susto [...] mas é	M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7	... ter algum problema de saúde na gestação que fez o bebê nascer antes da hora esperada. Querer saber o que o bebê tem e o que está acontecendo. Ficar preocupada com a situação, mas depois se acalmar, porém continua sendo difícil.	Facticidade Falação Curiosidade Ambiguidade Decadência

bem assustador aqui dentro! (M4) [...] eu não esperava que ela ia nascer de 5 meses, pra mim que não tinha dor nem nada, na segunda-feira rompeu a bolsa, só perdia líquido, quando eu vi nasceu [...] não nasceu com saúde, mas nasceu viva. (M5) Eles [gêmeos] nasceram de 8 meses [...] porque eu tive um descolamento de placenta, daí eles nasceram prematuro. A gente vem aqui pra tirar uma dúvida assim, a gente sai com a resposta, nunca sai com um ponto de interrogação assim na cabeça [...] ela [a médica] nos explicou direitinho a situação assim [...] a gente sai daqui consciente daquilo que a gente escutou. [...] a preocupação com eles [gêmeos] eu não tenho tanta [...] parece que depois que tu faz as coisa, que tu se sente mais tranquila. Eu não sei se amanhã eu vou chegar aqui com medo de pegar ele e passar de novo. (M6) [...] eu ganhei de 8 meses, 35 semanas e 2 dias, aí na minha gestação deu um probleminha de pressão alta, daí eu tive que controlar [...] quando procurei o médico não sabia que ia ganhar o [nome da criança] [...] começaram a induzir o parto [...] daí ganhei. [...] Daí eu conversei com os médicos, eles me explicaram que não era assim [...] eles conversaram, me acalmaram. [...] eu fiquei apavorada [...] depois eu me acalmo [...] Pra mim é bem difícil, é bem complicado [...] não quero mais ter filhos. (M7)			
[...] tudo eu fico assustada, como ela é prematura tem que ter mais cuidado. [...] eu saía bem mal de ver ela na incubadora. A gente não tava preparado pra tudo aquilo, de ver ela ali [na UTI] Eu fiquei três dias internada, daí depois eu tive que ir pra casa. (M1) [...] ele tá doente, né, ele tá aqui porque tá doente, não tem como tu não ficar angustiada. [...] logo que ele veio pra cá eu pensei: é um bicho de sete cabeças, foi pra UTI não volta, a primeira coisa não volta mais, sabe? (M2) [...] é uma fase de amadurecer mais os órgãos, então eu não estou tão assustada [...] fico com medo, ele é muito pequenininho.(M3) [...] ele é muito pequenininho, acho que isso é mais complicado [...] vê ele aqui em cima [na UTI] foi horrível [...] quando me disseram que ele ia vir pra cá [UTI] [...] é só o susto da hora, agora é muito ruim [...] mas é bem assustador no começo, no começo é horrível [...] dá um medo, dá vontade de sair correndo, mas o medo[,] logo que gente vem[,] é muito grande! Tu não tem o teu neném contigo, tu vai pra casa... ir pra casa, ir pra casa sozinha é a pior parte, dá alta e ter que deixar ele ali [...] sair deste hospital sozinha, sem o filho nos braços é horrível! (M4) [...] é só tristeza [...] queria que ela se gerasse, digamos, faltava quatro mês, que esperasse pra	M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7	...o bebê nascer antes da hora, prematuro e pequeno, ter que ficar na UTI e a mãe ir para casa e deixar o bebê no hospital.	Temor (nascer antes da hora) Pavor (prematuro de/bebê pequeno) Horror (internação na UTI) Terror (ir para casa e deixar o bebê no hospital)

nascer [...] é muito prematura. [...] Está [a criança] cheia de aparelho. [queria que] ela fosse pra casa comigo, não que ficasse aqui no hospital [...] nenhuma mãe que ganhar o filho e deixar no hospital [...] a gente vê ela todo o dia, mas não pode levar. (M5) [...] a gente fica com medo de pegar [...] um filho tão pequenininho assim [...] nunca tive um filho pequenininho assim [...] não quero mais ter filhos! (M6) [...] disseram: teu filho vai pra UTI. No começo, horrível, porque, pra mim, até então eu não sabia nem o porquê [...] eu já tinha ficado nervosa por causa da luz [fototerapia] e fiquei mais nervosa por causa da UTI. Porque a palavra UTI já é “tá morrendo [...] então a gente já fica com o coração na mão! [...] cada vez que eu desço daqui [UTI] e deixo ele aqui é horrível [...] e deixar ele assim [...] é muito triste ter que deixar o bebê da gente aqui [na UTI], eu acho que vou dar alta hoje, então é mais complicado, porque eu vou ter que deixar ele aqui e ir pra casa, daí fica mais complicado [...] É complicado deixar ele aqui e ter que ir pra casa [...] mas eu não poder levar, ganhei ele e não poder levar... (M7)			
“Foi horrível [ordenhar] porque tava me empedrando. Depois que eu comecei a tirar, até mais leve, porque pesava, porque era muito pesado os peitos. Com leite como tava empedrando, depois bem melhor, que começou a sair. Eu cheguei [tirar o leite], mas não trouxe pro hospital, porque eles não aceitam agora, a norma deles tu tem que esgotar dentro do hospital. Então em casa eu esgotava igual e botava fora, porque não tinha como trazer pra ela.[...] depois que ela começou a mamar, ficou bem melhor a dor. Até quando ela começou a mamar deu uma aliviada na dor que eu tinha nos peito, até nem dor mais eu sinto [...] ela mama bem assim [...] pra mim é bom que ela mame no peito [...] Mas eu me sinto bem dando mamá pra ela assim. [...] Dando mamá no peito a gente se sente bem mais mãe do que tu vê teu filho só mamando na mamadeira. [...] Parece que a gente se apega mais ao filho. [...] Acho que eles se sentem mais protegidos mamando no peito. [...] em termos de dar mamá pra ela é normal, tranquilo. [...] eu já fiquei assustada, porque ela tava mamando bem e daí hoje ela já não quis mamar, daí já fiquei meio preocupada. Prefiro que ela mame bem no peito, que pegue bem pra depois não dar coisas piores, doenças que diz que pode ter.” (M1) “Eu tenho medo de secar meu leite, de não ter leite pra dar pra ele. [...] vai fora, porque não pode trazer de casa pro hospital. [...] Vai fora, isso me angustia, tá indo fora e ele lá, em vez de aproveitar [...] tô com medo que meu leite seque de preocupação. [...] tô sentindo que tá diminuindo meu leite. [...] ele não pega no meu peito, ele até pega, mas muito pouco, ele vem pro meu colo e só dorme, não quer mamar. [...] daí eu mexo com ele, dá vontade de sacudir: acorda, nenê, não	M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7	... gostaria que o filho estivesse mamando no peito. Ter que colocar o leite fora é difícil, dói porque empedra. Colocar o filho no peito faz se sentir mais mãe. Tirar o leite poderá ajudar na recuperação do filho.	Falação Temor Ocupação Ser-com o filho Pré-ocupação

dorme mais! [...] vou tentar dar mamá com mais calma, cuidar do [nome da criança] com mais calma, pra ver se ele pega o mamá.” (M2)

“[...] ontem eu já tentei colocar ele pra mamar no peito. Eu até queria tentar hoje de novo. [...] é ótimo, emocionante, mas ele não pegou muito bem ainda, ele tá estranhando, ele é pequeninho, mas é a melhor sensação, é muito bom, não vejo a hora de ele pegar. Eu quero que ele pegue meu peito o quanto antes, pra ele ir acostumando.” (M3)

“Muito ruim [ordenhar], pro [nome da criança] não tem quase nada [leite], não sei se foi o susto, o que que houve, secou um pouco. [...] Eu nem tirei [leite], por isso que secou, que tem pouquinho agora. [...] uma coisa é tu colocar o bebê no teu seio, outra coisa é tu tirar pra colocar numa mamadeira, não faz sentido, ou bota fora, porque no caso dele eu teria que colocar fora, porque ele não tava mamando. [...] Nos primeiros dias saía que molhava a roupa, porque tinha bastante, mas eu tirar assim, não. Eu achei que ia ficar guardado [pausa] mas não fica, né. Ontem ele pegou o seio também, acho que foi aí que ele cansou, porque tem pouco [leite].” (M4)

“Pra mim é bem fácil de tirar porque tem bastante, empedra, mas eu tiro três vezes no dia. Só que vai fora [...] Mas pra mim é normal [tirar o leite] [...] vai fora, é uma judiaria botar fora, porque ela não tá mamando [...] eu tô tirando pra botar fora [...] É bastante leite que vai fora [...] eu queria que ela tivesse mamando, porque o leite materno é o melhor pra criança. Ao mesmo tempo fico feliz que, quando ela sair do hospital, vai mamar o meu leite [...] Eu sinto que ela podia tá mamando, e eu podia tá amamentando a minha filha. Se ela tivesse mamando o leite ia ajudar mais na recuperação dela.” (M5)

“É desconfortável um pouquinho, é pelos bebês, aí a gente faz de coração. [...] Se tivesse como doar o leite, porque vai fora, empedra meus peitos, parecem duas bolas de futebol, tem bastante leite.[...] hoje foi o primeiro dia que eu dei pro [criança 1] tentar dar mamá na teta, só que o [criança 1] ficou preguiçosinho, só quis dormir.” (M6)

“[...] eu tô tirando o mamazinho pra dar pra ele [...] a vontade de dar mamá pra ele é mais forte [...] a gente tem que dar mamá pra ele, então a gente passa por isso [...] eu tiro pensando que é pro bem dele, pra ele crescer, pra ele engordar, pra ele pegar peso, pra mim não é bom, preferia que ele tivesse no meu peito mamando, mas a gente faz o sacrifício [...] difícil vê tudo aquele leite indo embora. [...] Não foi tão difícil, na primeira vez foi difícil porque a gente não tinha jeito, tem que tirar com a mão, não dá pra ser com a coisa do mamá, a máquina, daí foi bem complicado, doeu bastante [...] a gente sofre um pouquinho de dor [...] dói um pouquinho, mas tem que ser [...] Porque dói, dói muito pra tirar. [...] estes dias eu pude dar mamá no peito e até achei que ele ia

demorar pra pegar por causa da mamadeira, mas não, foi super tranquilo, ele pegou rapidinho. [...] se ele tivesse comigo lá embaixo [na unidade de internação] toda hora eu podia tá amamentando.”(M7)			
Mãe não tem cansaço. [...] Venho todos os dias [na UTI].[...]Eu venho 11:30, meio-dia, porque de manhã eu tenho que dar atenção pro outro, e como eu saio daqui 21 ou 22 horas, eu chego em casa cansada. Chego em casa e não tenho ânimo nem de fazer janta. Tenho que jantar, deitar, dormir, descansar pra poder vir. Então, de manhã tenho que dar um pouquinho de atenção pro outro [filho]. [...] a gente se sente cansada da rotina de ir e vir. [...] Desde quando eu ganhei ela, eu não descansi. [...] Tu chega aqui [na UTI] e cada dia é uma coisa. [...] Maravilhoso tá em roda dela.[...] De tarde eu venho pra ficar com ela. Eu só vou descansar quando ela for pra casa, que a gente fica mais tranquila. [...] Tu acha que [a filha] vai dar alta e não vai. Ela tá desde domingo pra dar alta e nunca dá alta. [...] em casa daí a gente fica mais tranquila. [...] sorte que ele tá bem, vai pra casa se Deus quiser, é bem complicado, é muito difícil. (M7) As enfermeiras me dão passagem para vir ao hospital. (M1) Eu venho pra cá às 7 horas da manhã e volto às 7 da noite, até porque eu não conheço bem aqui, daí eu vou pra pousada, lá eu vou pro quarto e durmo,deito, fico e venho, assim é sempre, sabe. [...] De manhã eu chego aqui animada. [...] é tudo (suspiro) muito corrido, muito diferente [...] é um dia a cada passo a adiante [...] se eu tô aqui, tô o dia inteiro, tô sentada ali com ele, desço pra almoçar e volto, fico a tarde inteira sentada com ele. [...] procuro pensar que logo ele vai tá bom, logo eu vou poder ir pra casa com ele. [...] se ele tiver com peso, mamando bem na mamadeira, eles vão liberar. [...] ele vai sair logo, poder ir pra casa, é isso que eu mais quero, poder voltar pra casa [...] a única coisa que eu quero é que ele vá embora [...] eu não vejo a hora de poder ir pra casa, ter meus dois pimpolhos. [...] estar longe de tudo, de todos, me angustia [...] angustia tá longe do meu marido, dos meus familiares, do meu filho, principalmente do meu filho, ter o apoio, a mãe tá aqui comigo, mas, sabe, só a mãe não chega. [...] os familiares que eu tô fazendo aqui é as enfermeiras, que conversam com a gente [...] quando dá uma notícia ruim [...] cai teu astral, mas eu tento tá mais calma possível [...] não tem é uma agonia que eu não sei te explicar [pausa] é uma agonia que dá vontade de chorar o dia inteiro. Elas [enfermeiras] conversam, me explicam me acalmam [...] ela [enfermeira] começou a conversar, me descontrair conversar [...] foi uma descontração boa [...] fez eu tirar um pouco a preocupação da cabeça. (M2) [...] é cansativo, eu tava dividida entre ir pra casa, eu moro longe e eu não sabia como ia vir. Mas agora eu já consegui uma carona, então tô bem mais tranquila. Então prefiro ir pra casa, fico mais	M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7	... ter uma rotina de ir e vir, que é corrida e cansativa. O tempo que estão junto ao bebê é bom e ajuda. Querer que ele pegue peso para ir para casa. Encontram apoio nos profissionais e na família.	Ocupação Tradição Decadência Ser-com os profissionais de enfermagem e família

descansada, é mais tranquilo. Daí eu prefiro vir todos os dias, daí eu vou ficar, é, vou ficar mais inteira. [...] Aqui no hospital é difícil dormir, tudo é desagradável, desconfortável, em casa eu retomo as energias [...] é cansativo, só expectativa... [...] melhor pra ele [...] eu queira ter levado ele pra casa agora, mas tudo bem, não é o fim do mundo. Vão me trazer, eu consegui carona, eu não sou muito de ficar pedindo, mas as pessoas oferecem e neste caso eu vou aceitar porque é importante, daí eu vou sempre que der estar por aqui. (M3)

[...] eu tenho que mandar o outro pro colégio de manhã, e atender os outros também [...] Cansada, muito cansada de ir pra lá e pra cá [...] Eu chego, fico com ele o máximo de tempo possível assim, saio nas trocas de plantão pra comer alguma coisa, mas vou lá embaixo, como e volto de novo. [...] eu venho e passo as tardes inteirinhas com ele [...] aí eu venho e passo a tarde com ele, é agradável, é bom ficar junto dele, ajuda, ajuda a gente a ter mais força [...] saber que tu pode ficar o dia inteirinho ali com ele só olhando já ajuda bastante, a gente se sente um pouco mais confortável. Se eu quiser vir aqui de madrugada, eu venho, e posso ver de madrugada, isso ajuda bastante, dá um conforto pra gente [...] saber que eu posso vir e ficar ali com ele [...] se eu tô lá eu ia trocar ele, eu que troco, dou mamá, eu ajeito ele, tudo, que tomo conta dele ali. Elas verificam as coisas que precisam verificar, mas como ele tá bem, não tem que tomar remédio. Eu tomo conta dele, não é a minha casa, mas eu que tomo conta, troco a fralda, se tá com a roupa suja eu troco, dou mamá pra ele. Eu que cuido dele aqui dentro, verifico a temperatura, ela me dão o termômetro. [...] ele só precisa ganhar peso pra poder ir pra casa [...] agora eu sei que ele vai para casa, é só ele ganhar um pouquinho de peso que ele vai pra casa comigo [...] agora dá pra esperar mais tranquila [...] falta pouquinho pra ele ir pra casa [...] mas eu vou pra minha casa logo, logo, com ele [...] ele vai melhorar vai engordar [...] As gurias são bem atenciosas, a minha família me deu apoio muito grande, então passou [...] eu tenho os outros também, então a gente se levanta pelos filhos que a gente já tem [...] acho que se eu não tivesse o apoio do pessoal aqui e da minha família, eu não sei não, não me imagino passando por isso aqui sozinha não, de jeito nenhum. E às vezes, quando tá assim querendo cair, as gurias vêm e me acalma, isso aí melhora, passa, aí a gente dá uma animada, senão, não. (M4)

[...] o dia a dia é uma correria, porque eu levanto, tenho que arrumar o outro pra ir pra escola, largo ele na escola, vou pro serviço [...] Quando eu posso, venho de manhã aqui, daí eu vou pro serviço e volto pra cá de novo. Mas daí, quando eu vejo que tô com pouca passagem, eu venho dia sim, dia não, mas daí eu ligo de manhã, de tarde e de noite pra saber dela. Mas é raro eu não vim, se não venho num dia, no outro eu tô aqui. Mas se venho de manhã, de tarde eu venho, é meio corrido,

mas faz parte da vida da gente. [quero que] ela saia logo, tem que pegar quilo [...] eu rezo bastante, então não vejo a hora de ela sair dali, e pra mim é que ela vai logo pra casa, a esperança é grande [...] eu tenho muita fé, rezo bastante que ela vai sair logo, ela tem que pegar peso, se recuperar mais. [...] a gente não se sente, nem tem explicação, até as roupinhas a gente vê em casa, eu passo a roupa dela, lavo, tô ajeitando tudo pra quando ela for pra casa [...] é só torcer pra levar pra casa. (M5)

[...] eu fico em casa agora na semana, porque eu trabalho. A gente não quer, eu não quero voltar, nem no colégio, deixei um pouco de lado estas coisas, pra cuidar um pouco da casa, porque daí eu posso ficar o tempo todo aqui. Isso que nem dá muito tempo, antes a gente vinha duas vezes por dia, agora a gente tá vindo só uma, porque é corrido, aí é uma correria assim. Enfermeiras são bem pacientes, elas conversam [...] e a gente faz uma amizade com as enfermeiras, porque elas conversam assim com a gente [...] achei que eu ia me sentir mais incomodada assim, que eu não tivesse aquela convivência com as enfermeiras, de conversar mais com a gente. (M6)

[...] bem 7 horas da manhã eu tô aqui, 1 hora da tarde eu tô aqui, 5 horas da tarde eu tô aqui, 7 horas da noite eu tô aqui, então é difícil assim [...] eu levanto de manhã, sem o [nome da criança], escovo os dentes, e venho pra cá, tiro o leite dele, fico um pouquinho com ele, desço pra tomar café, 11 horas eu tive que vim pra tirar leite pra ele. Eu vim e depois desci pra almoçar. Normalmente as enfermeiras que estão lá embaixo tiram pressão, verificam a temperatura, dão remédio, tudo. Depois eu volto pra cá, fico aqui até umas 7 horas da noite. Antes das 19, 18:30, daí eu vou lá, tomo banho, janto e subo mais um pouquinho pra ver ele e depois eu durmo e [...] vou vir todo o dia [quando eu der alta] só não vou pousar aqui com ele, porque não vou vir de noite, porque é complicado. [...] aqui a gente pode vir a qualquer hora, isso é que é o bom, poder ver ele a qualquer instante que tu quer. (M7)

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO DA DIREÇÃO DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO	 HUSM Hospital Universitário de Santa Maria
--	--

Protocolo de Registro e Acompanhamento de Projeto: Pesquisa.

Nº Inscrição DEPE: 091/2010 Data: 30/09/2010

Pesquisador: Stela Maria de Mello Padoin Função: Profª Adjunta

CPF: 484681930-20 SIAPE: 2093128 Telefone: 9971.3143

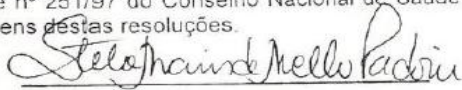
Unidade/Curso: Enfermagem E-mail: stela.mariapadoin@hotmail.com

Título: Alimentação Materna na Uteronatal: possibilidades para o cuidar em enfermagem

TIPO DE PROJETO

TCC () DISSERTAÇÃO (X) TESE () PESQUISA () EXTENSÃO () INSTITUCIONAL ()

Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.


 Pesquisador Responsável pelo Projeto

Avaliação e Aprovação Setorial

Atenção Chefia: favor ler e avaliar as condições de realização de Projeto nesse Setor

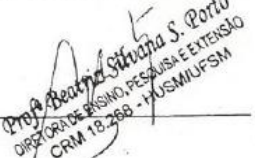
<u>Sectores Envolvidos</u> <u>UTI Neonatal</u> 	<u>Assinatura e carimbo dos Responsáveis</u>  Enf. <u>Claudia R. i</u> Gerente Enf. U.I. COREN - RS
--	---

- ▶ Obrigatória assinatura e SIAPE de todos os responsáveis dos setores envolvidos no projeto.
- ▶ A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto.
- ▶ O registro na DEPE não contempla alocação de recursos e exames, via HUSM. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Parecer - DEPE

Aprovado Encaminhado ao EP/UFMS

Data: 13/10/10


 Prof. Beatriz S. Porto
 DIRETORA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
 CRM 18.268 - HUSM/UFMS

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Aleitamento materno na uti neonatal: possibilidades para o cuidar em enfermagem

Número do processo: 23081.016681 /2010-51

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0294.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro / 2012 - Relatório Final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 09/11/2010

Santa Maria, 11 de Novembro de 2010.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO C – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: ALEITAMENTO MATERNO NA UTI NEONATAL: POSSIBILIDADES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Pesquisador Responsável: Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / Curso de Mestrado

Telefone para contato: Caroline Sissy Tronco – (55) 9925.05.03 (55) 3025.78.09

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. A pesquisadora se comprometeu a manter o sigilo (segredo) do que falarei na conversa, respeitando a mim e meu bebê. Compreendi que:

- Não sou obrigada a participar da pesquisa.
- Se quiser desistir, minha vontade será respeitada, em qualquer momento da pesquisa.
- Minha decisão em não participar ou desistir do estudo no decorrer das entrevistas não trará dificuldades para o atendimento de meu filho no hospital.
- Este estudo tem como objetivo compreender como é o dia a dia de mães de recém-nascidos prematuros diante da impossibilidade de amamentar.
- Serão realizadas conversas (entrevistas), para que se entenda como está sendo meu dia a dia, o cuidado que tenho comigo e com a minha saúde.
- A conversa pode envolver meus sentimentos ao lembrar e falar do que já vivi. Quando for preciso atender alguma de minhas necessidades, provocada por essas lembranças e sentimentos, a equipe do hospital estará disponível para me atender, conforme acordo previamente estabelecido.
- Com a minha permissão, a conversa será gravada em MP3, para que a pesquisadora possa me dar maior atenção, não tendo que anotar tudo o que eu disser.
- O que eu falar será digitado (transcrito) e as gravações serão guardadas por 3 anos, por determinação das normas de pesquisa. Somente a pesquisadora e as orientadoras do estudo terão acesso às gravações.
- Ao fim desta pesquisa, os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender como as mães desses recém-nascidos se sentem diante dessa situação, o que permite um melhor atendimento às suas necessidades.
- Na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá: cada entrevistada receberá um código. Assim, ninguém poderá descobrir quem eu sou, o que protege minha identidade.
- Se eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar a cobrar para a pesquisadora Caroline Sissy Tronco (9925-05-03) ou para a orientadora Prof. Stela Maris de Melo Padoin (9971-31-43).

Santa Maria/RS _____ de 2010

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria/RS. Tel.:(55)32209362 - Fax:(55)32208009. e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Pesquisa aprovada pelo CEP/UFSM em ____/____/____ com nº do CAEE _____

**ANEXO D - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Estudo: ALEITAMENTO MATERNO NA UTI NEONATAL: POSSIBILIDADES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Pesquisador Responsável: Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / Curso de Mestrado

Telefone para contato: Caroline Sissy Tronco – (55) 9925.05.03 (55) 3025.78.09

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de gravação de áudio em MP3, da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e para os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336 do Centro de Ciências da Saúde por um período de 3 anos, sob a responsabilidade da Sra. Stela Maris de Mello Padoin. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ____/____/____, com o número do CAAE _____

Santa Maria, ____ de _____ de 2010

Stela Maris de Mello Padoin

CI: 1004015853

Registro Profissional: 30186