



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**KELLYANNE ABREU SILVA**

**EXPERIÊNCIA PATERNA NO CUIDADO ALIMENTAR DO FILHO NASCIDO  
PREMATURO COM MUITO BAIXO PESO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

**FORTALEZA**

**2014**

KELLYANNE ABREU SILVA

**EXPERIÊNCIA PATERNA NO CUIDADO ALIMENTAR DO FILHO NASCIDO  
PREMATURO COM MUITO BAIXO PESO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Tavares Machado

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

S58e

Silva, Kellyanne Abreu.

Experiência paterna no cuidado alimentar do filho nascido prematuro com muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida. / Kellyanne Abreu Silva. – 2014.

156 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde.

Orientação: Profª. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

1. Pai 2. Prematuro 3. Recém-Nascido de Baixo Peso 4. Cuidado da Criança 5. Nutrição da Criança

---

CDD 618.9201

KELLYANNE ABREU SILVA

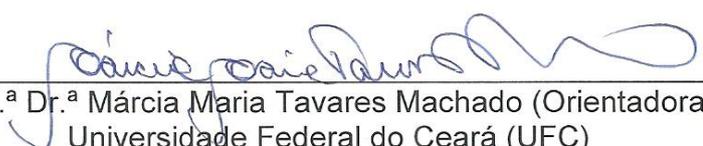
EXPERIÊNCIA PATERNA NO CUIDADO ALIMENTAR DO FILHO NASCIDO  
PREMATURO COM MUITO BAIXO PESO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

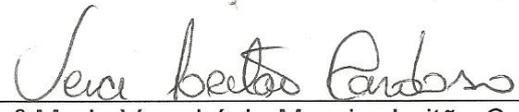
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde.

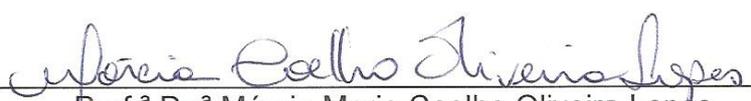
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Tavares Machado

Aprovada em: 28/03/2014

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho às famílias dos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, pelo empenho em conceder qualidade de vida a essas crianças.

A minha família, de quem recebo apoio na partilha de todos os meus projetos.

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Machado que tem grande autoria nesta história.

## AGRADECIMENTOS

Dou graças a Deus, Senhor da minha vida, meu Guia e Proteção, com quem todas as minhas vontades coincidem. Minha fonte de força. A quem devo agradecer diariamente.

Aos meus amados pais, Miguel e Margarida, que são os maiores entusiastas, incentivadores e apoiadores dos meus projetos. Dispensam amor e ajuda incondicional. São a razão da minha vida. Em especial a minha mãe, que foi a grande responsável pela minha formação estudantil.

As minhas irmãs, minhas metades inseparáveis Kelvya e Kelly, e à sobrinha Alda Kethellen, detentoras do meu amor desmedido, que dedicam toda ajuda que podem para que eu realize meus sonhos.

A minha professora e orientadora, Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Tavares Machado, que me acolheu em seu espaço acadêmico e partilhou seus valiosos ensinamentos, mas, sobretudo ensinou valores humanos a serem instituídos por toda vida.

Ao amigo-irmão Adriano Martins (Drico) com quem divido minha vida e partilho experiências do campo acadêmico.

A minha querida amiga Eduarda Queiroz (Duda), pessoa solícita que não impõe limites a oferecer ajuda quando se necessita.

A amiga-irmã Iza Vasconcelos, companheira de profissão, comadre a quem dispenso minha gratidão e amizade por todo auxílio que me dedicou desde o encontro na graduação aos dias de hoje.

À amiga doutoranda em Saúde Coletiva Regina Carvalho, que foi acolhimento, família, apoio e parceria quando se iniciou esta jornada e teve importante participação no seu término. Sou muito grata.

As minhas amigas e companheiras de residência durante a vivência acadêmica, Geovana Carvalho, Dayse Paixão e Diane Sales, pelo incentivo e presença reconfortante.

À amiga-irmã, enfermeira Paula Rivele, pelo auxílio e parceria, muito importantes neste percurso e em minha vida.

Aos grandes amigos conquistados nesta caminhada, os mestrandos Mayara Paz, Marto Leal, Carlos Nunes e Marcos Tadeu.

À amiga-madrinha, doutoranda em Saúde Coletiva Francismeire Brasileiro, que conheci na graduação e foi uma importante incentivadora e apoiadora para o ingresso no Mestrado em Saúde Pública.

Aos meus colegas de trabalho do município de Alcântaras representados por Elizete Guimarães e do Hospital Regional Norte por Edjalma Araújo e Aline Alves.

À banca examinadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes, presentes na sessão de defesa.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karla Maria Carneiro Rolim por suas contribuições no exame de qualificação.

Ao professor Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior por quem cultivo respeito, admiração e gratidão. Contribuiu com a minha imersão na escrita científica, avaliou detalhadamente esta pesquisa no momento de qualificação e defesa agregando conhecimentos fundamentais. Agradeço-lhe a oportunidade das vivências em sala de aula, a partilha no colegiado do Mestrado em Saúde Pública durante sua coordenação (2012-2013), mas sobretudo por se fazer um exemplo na edificação da minha identidade acadêmica.

Ao corpo de professores do Mestrado em Saúde Pública, com especial à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Bosi, Prof. Dr. Ursino Neto e a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raquel Maria Rigotto pela construção de conhecimento proporcionada.

Ao professor Dr. Carlos Henrique Alencar, grande homem que acolheu a coordenação do Mestrado em Saúde Pública (2014) fazendo-se um grande colaborador na missão deste programa e tornou-se um bom amigo.

Às funcionárias da Secretaria do Programa, Dominik (Domi) e Zenaide (Zena), por toda a disponibilidade e auxílio durante o curso, mas sobretudo pela doce e indispensável amizade cultivada.

A todos os companheiros de mestrado representados por Ana Márcia Bustamante, Manoela Cavalcanti, Kedimam Celis, Ana Paula Lázaro, Laura Arrais e Carlos Linhares.

Ao grupo de pesquisa em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará com quem pude partilhar todos os momentos desta trajetória.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Violências e Acidentes- Ação pela paz- da Universidade Federal do Ceará, representado pela doutoranda em Saúde

Coletiva Isabelle Gama, com quem pude dividir discussões, produções acadêmicas e construir amizades sólidas.

À Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral, representada pelos profissionais da Gestão Municipal de Saúde da Estratégia de Saúde da Família, que ajudaram neste estudo.

A todos os pais e famílias que acolheram com satisfação a proposta desta pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento desta de pesquisa.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela concessão de seis meses de bolsa.

## RESUMO

O nascimento prematuro associado ao muito baixo peso exercem estreita relação com a morbimortalidade infantil. A nutrição adequada no início da vida destes recém-nascidos constitui o desafio inicial para os profissionais de saúde e família, com vistas a promover seu crescimento e desenvolvimento, além de reduzir comprometimentos e assegurar a sobrevivência com qualidade. Sendo a família a responsável por proporcionar condições favoráveis à manutenção da vida de seus dependentes, objetivou-se compreender a experiência paterna no cuidado alimentar do filho nascido prematuro de muito baixo peso. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Foi realizado de agosto a novembro de 2013, na cidade de Sobral-CE. Participaram nove pais de crianças nascidas prematuras de muito baixo peso, que tiveram Sobral por município de residência no nascimento e permaneciam residindo em territórios da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para a coleta de informações, empregou-se a técnica de entrevista individual com roteiro semi-estruturado. As informações foram gravadas, transcritas e categorizadas. O material empírico foi submetido à análise do discurso. Os resultados revelaram que o nascimento prematuro, seguido de internação, despertou nos pais insegurança pela percepção da fragilidade e risco de morte do filho. Verificou-se que o aumento do peso de nascimento, em associação aos volumes alimentares da dieta diária, passaram a ser compreendidos como condicionantes de sobrevivência, o que originou a prática de seguimento diário e monitoração de aumento. As dificuldades com a alimentação foram vivenciadas com a restrição alimentar ao nascer e oferta de baixos volumes por sondas, que causaram estranheza nos pais. A amamentação foi eleita principal fonte de alimento, com vistas à saúde do filho, porém foi experienciada com problemas relacionados à sucção pelo RN e à baixa produção de leite pela mãe, que, dentro de uma boa relação, teve apoio e estímulo de seu companheiro. Percebeu-se que o momento de introduzir a alimentação complementar e os alimentos a serem oferecidos, mesmo sob orientação de profissionais de saúde, impactou a segurança dos pais quanto à saúde do filho. Constatou-se o papel de provedor por parte destes pais, que participam da compra e seleção dos alimentos em parceria com a companheira, que é responsável pelo preparo e oferta. O custo alimentar é sentido, mas não o denominam um fardo pelo fato de relacionarem com a sua responsabilidade em atender às necessidades do filho. Os cuidados diários são

exercidos, em maior parte, pelas mulheres, mas há um componente de cuidado, proteção e zelo dos pais em manter a saúde e integridade dos filhos. O cuidado paterno com a alimentação do filho é efetivo e transcende a oferta material do alimento. É exercida em parceria com a mãe, centrada na prevenção do adoecimento e na promoção de condições para o crescimento e desenvolvimento adequados. Recomenda-se efetivar os espaços de atuação do pai, para que se ampliem a sua interação e a possibilidade de prover cuidados ao filho.

**Palavras-chave:** Pai. Prematuro. Recém-nascido de baixo peso. Cuidado da criança. Nutrição da criança.

## ABSTRACT

Premature birth associated with very low birth weight exert close relationship with infant mortality . Proper nutrition in early life these newborns constitutes the initial challenge for health professionals and family in order to promote their growth and development and reduce commitments and ensure the survival quality . Being the family responsible for provide favorable conditions for supporting life for their dependents, we aimed to understand the paternal experience in nursing care of the child born premature birth with very low birth weight. This is a qualitative study. Was conducted from August to November 2013 in the city of Sobral -CE. Nine fathers of children premature birth with very low birth weight, which had Sobral by municipality of residence at birth and remained living in the territories of the Family Health Strategy participated. For the collection of information we used the technique of individual interviews. Data were recorded, transcribed and categorized. The empirical material was subjected to discourse analysis. The results revealed that preterm birth followed by internment in parents insecurity aroused by the perception of fragility and risk of death of the child. It was found that the increase in birth weight in association with the volumes of food daily diet, have been perceived as conditions of survival that originated the practice of daily tracking and monitoring increased. The feeding difficulties were experienced with dietary restriction at birth and offering low volumes by probes , which caused strangeness in parents. Breastfeeding was elected principal source of food with views to the child's health, but was experienced with problems related to suction by the newborn and low milk production by the mother, that within a good relationship had support and encouragement from her partner. It was noticed that the timing of introduction of complementary foods and the food being offered, even guided by health professionals impacted the safety of parents regarding the child's health . We noted that the role of provider of these fathers who participate in the purchase and selection of food in partnership with their partners who are responsible for the preparation and supply . The feed cost is felt , but it is not called a burden related to its responsibility to meet the needs of the child. The daily care is exercised mostly by women , but there is a component of care, protection and care of fathers in maintaining the health and integrity of children. Paternal care of feeding the child is effective and transcends the material supply of food. It is exercised in partnership with her mother, focused on prevention of illness and

promotion of conditions for proper growth and development. It is recommended to enforce the performance spaces for the father to broaden their interaction and ability to provide care to the child.

**Descriptors:** Father. Low Birth Weight. Premature. Child care. Child nutrition.

## LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSF	Centro de Saúde da Família
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EBP	Extremo Baixo Peso
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENPACS	Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GM	Gabinete do Ministro
HRN	Hospital Regional Norte
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
ISCMS	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sobral
MBP	Muito Baixo Peso
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
MSP	Mestrado em Saúde Pública
NPT	Nutrição Parenteral Total
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PHPN	Programa de Humanização do Parto e do Nascimento
PMT	Prematuro

PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
RCIU	Restrição do Crescimento Intrauterino
RENOSPE	Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal
RS	Rio Grande do Sul
RN	Recém-Nascido
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund(Fundo das Nações Unidas para Infância)</i>
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	<i>World Health Organization(Organização Mundial de Saúde)</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	Encontro com o objeto.....	16
1.2	Contextualização do objeto.....	18
<b>2</b>	<b>ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>25</b>
2.1	Prematuridades e baixo peso ao nascer no contexto da saúde pública.....	25
2.2	Pais, nascimento prematuro e internação na unidade de terapia intensiva neonatal .....	29
2.3	Nutrição do prematuro.....	33
2.4	Participação paterna na gestação, parto e nascimento.....	37
2.5	Políticas e estratégias de saúde que favorecem a parentalidade.....	38
2.6	Mudanças da função paterna e a participação do pai no cuidado do filho.....	41
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>45</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>46</b>
4.1	Abordagem metodológica.....	46
4.2	Cenário da pesquisa.....	47
4.3	Participantes da pesquisa.....	49
4.4	Entrevistas.....	53
4.5	Análise e interpretação das informações.....	54
4.6	Aspectos éticos.....	56
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DICUSSÃO.....</b>	<b>58</b>
5.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	58
5.2	Vivência paterna com o filho nascido prematuro de muito baixo peso..	60
5.2.1	<i>Fragilidade e cuidado à aproximação com o filho .....</i>	60
5.2.2	<i>Desafios do início da nutrição e alimentação.....</i>	63
5.2.3	<i>Conhecimento sobre aleitamento materno.....</i>	69
5.2.4	<i>Pai reconhecedor da importância do leite materno para o filho.....</i>	71
5.2.5	<i>Partilha das dificuldades da companheira na amamentação.....</i>	77
5.2.6	<i>Sentimentos paternos no seguimento da recuperação nutricional.....</i>	83

<b>5.3</b>	<b>Transição da amamentação para alimentação complementar.....</b>	<b>89</b>
<b>5.3.1</b>	<b><i>Introdução de novos alimentos: dúvidas e expectativas.....</i></b>	<b>89</b>
<b>5.3.2</b>	<b><i>Provisão do melhor alimento para o filho: responsabilidade e cuidado</i></b>	<b>95</b>
<b>5.3.3</b>	<b><i>Promoção a alimentação saudável.....</i></b>	<b>101</b>
<b>5.3.4</b>	<b><i>Custo alimentar: “se é pro bem do meu filho não é caro”.....</i></b>	<b>104</b>
<b>5.3.5</b>	<b><i>Entrelaçamento paterno no cotidiano do filho.....</i></b>	<b>106</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>110</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICE C- Termo de Consentimento Pós-Informado.....</b>	<b>133</b>
	<b>APÊNDICE D- Produção Acadêmica.....</b>	<b>134</b>
	<b>ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....</b>	<b>153</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Encontro com o objeto

A relação com os temas prematuridade e baixo peso ao nascer (BPN) foi propiciada pela minha participação no Grupo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), iniciada em 2010. No âmbito do Mestrado em Saúde Pública (MSP), o grupo se desenvolve na área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde. Seu eixo é cultura, subjetividade e sociedade. Sua linha de pesquisa engloba avaliação qualitativa de programas e serviços de saúde na atenção às crianças de zero a cinco anos; formulação e avaliação de intervenções nutricionais na infância; aspectos culturais da nutrição infantil.

Elaboramos o projeto intitulado “Prematuridade e muito baixo peso ao nascer: avaliação das práticas alimentares e cuidados maternos pós-alta hospitalar, Nordeste do Brasil”, que foi contemplado Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) N.º 14/2011.

A minha relação com o objeto do estudo tinha constituição estritamente teórica. Faltava a concretude da vivência prática, que correspondia a uma necessidade. A imersão nas leituras fez brotar o desejo de experienciar o manejo destas condições que desafiam a vida do recém-nascido (RN).

No curso do primeiro ano como discente do MSP, em 2012, submeti-me a uma seleção pública para o cargo de enfermeira assistencial em um hospital de atenção terciária, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), na Região Norte do Estado do Ceará. No terceiro trimestre do ano de 2013, inaugurei minha atuação em um serviço de neonatologia composto por Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e Obstetrícia Canguru.

Pude ser direcionada para a Obstetrícia Canguru, onde a atenção volta-se para a recuperação nutricional dos prematuros (PMT) de BPN, com a particularidade da participação da família que é indispensável no processo. Esta vivência descortinou sob meus olhos as múltiplas exigências impostas por esta condição clínica do RN, ao serviço, aos profissionais, à família e a ele próprio.

Pais e mães com suas necessidades nem sempre reconhecidas e inúmeras expectativas oriundas da prematuridade quanto à manutenção da estabilidade da saúde do filho, adaptação para a alimentação e nutrição adequada, ganho ponderal, adaptação para o exercício de cuidar, alta hospitalar, rotina com um RN PMT em domicílio, associada à carga de subjetividade edificada junto à história de vida de cada um, permitiu o contato com uma situação que demanda superação, portanto, não pode carecer de capacitação técnica, mas também de apoio e empatia que permita a travessia com menos dificuldade.

A mãe junto ao filho em todos os dias da internação, como acompanhante e responsável principal, sendo amparada em seu desafio inicial de amamentar, sobreposto pela distância de casa, dos familiares, com expectativas frustradas do nascimento de um filho saudável, tem na figura do pai um protagonista de fundamental importância para partilhar os desafios e cuidados. Pude observar a vontade paterna de contribuir com a evolução do RN, dá suporte à companheira e se apropriar de todas as decisões terapêuticas em andamento.

Percebi que o espaço reservado ao pai junto à companheira e ao filho no ambiente hospitalar ainda é marcado por dúvidas e restrições, a exemplo horário para entrada e saída, questionamento sobre a permissão do contato pele a pele com o bebê, ausência de estrutura que lhe permita dividir com a mãe o acompanhamento do filho e a falta de segurança sobre seu direito de pai/responsável na internação.

Assumi-me incentivadora para o efetivo acolhimento do pai, ampliação do espaço para que este pudesse exercer as ações de cuidado, inserir-se no plano de orientação, e sobretudo, afirmar a cada contato a importância de sua presença e participação no processo de crescimento e desenvolvimento de seu filho e apoio à mãe.

Minha atuação profissional em 12 anos de Atenção Primária à Saúde (APS), não permitiu que eu sentisse a existência de lacunas a serem preenchidas por outra atividade assistencial. Fazer atenção na Enfermagem Neonatal não havia sido idealizado e intencionado, mas o exercício neste campo fez nascer em mim o senso de pertencimento e trouxe-me realização não somente pela transcendência do universo teórico ao qual eu estava imersa, mas deu-me a oportunidade de circunscrever-me como militante pela participação paterna desde o início da vida do filho e garantia de um espaço que legitimamente é seu.

## 1.2 Contextualização do objeto

A prematuridade é um dos principais fatores de risco para mortalidade neonatal por infecções e contribui, em longo prazo, tanto para prejuízo no crescimento quanto para morbidade substancial. (VIERA; MELLO, 2009; CASTRO; RUGOLO; MARGOTO, 2012; CHANG *et al.*, 2013). O nascimento PMT é definido como aquele ocorrente antes de se completarem 37 semanas. Representa um grave problema de saúde e a clínica mais importante em obstetrícia e medicina neonatal (MORKEN, 2012).

Em todo o Mundo, anualmente nascem 20 milhões de bebês PMT e de baixo peso. Um terço destes RN morre antes de completar um ano de vida (BRASIL, 2013). O aumento da prematuridade tem sido evidenciado. Em certos países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, que em 1981 a taxa era de 9,5% atualmente é de 12 a 13% (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010). Em algumas regiões brasileiras como Sul e Sudeste que variou de 3,4 a 15% entre 1978 e 2004. Norte e Nordeste de 1984 a 1998 mostraram taxas de 3,8 a 10,2% (SILVEIRA *et al.*, 2008).

Dos óbitos que ocorrem no período neonatal, não relacionados a malformações congênitas, 28% resultam de nascimentos PMT (CARDOSO-DEMARTINI *et al.*, 2011). Cerca de 86% das mortes de RN em todo o Mundo decorrem diretamente de três causas principais: infecções graves (36%), nascimento prematuro (27%), asfixia ao nascer (23%) (UNICEF, 2009). No Brasil, são essas mesmas causas que fomentam os coeficientes de mortalidade infantil (LANSKY *et al.*, 2006; BRASIL, 2013).

Para Viera e Mello (2009), o *status* de problema de saúde pública conferido à prematuridade decorre da sua relação com a maior morbidade na infância. As autoras destacam que a morbimortalidade têm forte tendência a acentuar-se com a diminuição do peso ao nascer e, mais significativamente, com a redução do período gestacional. Giachetta *et al.* (2010) acrescentam que, dependendo da idade gestacional (IG), do peso ao nascimento e dos fatores que atuaram durante sua vida intrauterina, esses RN podem apresentar maior risco de distúrbios durante o período neonatal e sequelas que poderão comprometer seu desenvolvimento.

O BPN é definido como peso inferior a 2.500g ao nascimento, independentemente da IG. O BPN pode ser subdividido em muito baixo peso (MBP): menos de 1.500g e extremo baixo peso (EBP): menos de 1.000g (REZENDE;

MONTENEGRO, 2011; WHO, 2012). É causado por parto PMT ou restrição do crescimento intrauterino (RCIU) que podem atuar de forma isolada ou sinérgica e em graus variáveis (RUGOLO, 2005a). No Brasil, 7,0% dos RN são PMT, sendo 1,3% com MBP, indicadores que se elevam nos últimos dez anos (BARROS; GUINSBURG, 2012).

Silva e a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE) (2014) consideram o BPN um importante indicador da sobrevivência do RN e o principal preditor isolado da mortalidade infantil e neonatal e importante indicador geral do nível de saúde de uma população. Estudo realizado por Alves (2009) em UTIN de Fortaleza- Ceará, evidenciou nos RN de MBP mais necessidade de reanimação, ventilação mecânica invasiva e maior frequência de óbito. Correia *et al* ( 2014) em uma pesquisa de base populacional feita no Estado do Ceará, evidenciou que o peso ao nascer, especialmente o MBP, aparece como o fator de risco mais importante para a desnutrição na primeira infância.

Prematuridade e BPN estão em ascensão contínua como uma causa proporcional de mortes de crianças em todo o mundo e podem tornar-se a principal causa. Estima-se que sejam responsáveis cerca de um milhão de mortes por ano (BAHL *et al.*, 2012)

Os contínuos avanços em terapia intensiva neonatal levaram à diminuição da mortalidade de RN PMT, com peso de nascimento e IG progressivamente menores (DELGADO; HALPERN, 2005; REICHERT; LINS; COLLET, 2007; MOREIRA; GOLDANI, 2010; PROCIANOY; SILVEIRA, 2012; ANJOS *et al.*, 2012).

O grupo dos PMT com MBP foi o que mais se beneficiou com as modernas técnicas de cuidados intensivos e o melhor conhecimento da fisiopatologia do RN. Nos dias atuais, a sobrevida de PMT com peso de 1.250g a 1.500g está ao redor de 90%. Houve aumento importante da sobrevida do grupo nascido com peso entre 750g e 1.000 g, que se encontra em torno de 60%. Os bebês nascidos pesando abaixo de 750g expressam baixa sobrevida, de aproximadamente 20% (TRINDADE; LYRA, 2006). Mesmo com o declínio significativo da morbidade, esta não acompanhou o avanço da sobrevida. Os RN PMT e de e de baixo peso estão mais propensos ao risco de várias situações anormais (TAVARES; REGO, 2010).

Silva e a RENOSPE *et al.* (2014) apontam que a redução da mortalidade infantil no Brasil acompanhou a tendência mundial, mas não foi percebida força de

declínio de igual valor na mortalidade neonatal, sugerindo falhas na qualidade da assistência obstétrica e neonatal.

Lansky *et al.* (2006) apontam que coeficientes brasileiros de mortalidade perinatal estão situados duas a três vezes maiores, quando comparados aos de países desenvolvidos e de alguns em desenvolvimento. Enfocam que a concentração dos óbitos neonatais nas primeiras horas de vida e a frequente ocorrência de óbitos fetais no final da gestação e durante o trabalho de parto tem estreita relação com a qualidade da assistência nos serviços de saúde.

A assistência perinatal no Brasil é heterogênea. A morbimortalidade do PMT é muito acima do esperado, o que pode decorrer da baixa qualidade pré-natal e neonatal (TAVARES; REGO, 2010). Almeida e Szwarcwald (2012) ao pesquisarem mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros observaram grande desigualdade regional no número de leitos obstétricos por 1.000 nascidos vivos, com concentração nas regiões Sul e Sudeste. As regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentaram maior quantidade de estabelecimentos com internação para parto; porém, poucos deles possuíam UTIN. Os achados refletem diferenças na oferta dos serviços de atenção ao parto entre as regiões e os estados da Federação, com distribuição espacial alternando padrões de escassez em algumas áreas e de excesso em outras. Há acentuação do padrão de desigualdade quando se considera o atendimento de maior complexidade.

O Ceará é uma Unidade Federativa brasileira situada na Região Nordeste, onde nos anos de 2006 a 2010, nasceram 663 mil crianças. A cidade de Sobral foi município de residência para 15.767 (2,4%) nascidos. A prematuridade acometeu 689 nascidos (4,3%), que apresentaram IG ao nascer entre 22 e 36 semanas. Registrou-se nesta população extremos de BPN, com peso entre 500 e 1.499g para 198 (1,2%) (DATASUS, 2014).

Pinto (2010) estudou a morbidade de crianças nascidas com baixo peso, no período janeiro de 2005 a dezembro de 2007, em Sobral. Identificou 714 nascimentos de baixo peso. Destas crianças, 618 (87%) sobreviveram até um ano. Ocorreram 96 (13%) mortes. Na primeira semana de vida somaram 62 (64%) óbitos. Foram selecionadas para aquele estudo 261 crianças, das quais 33 (13%) nasceram com peso de 500 a 1.500g. Em condições mórbidas, foi destacado o fato de que, além das consultas de puericultura,

a média de consultas ambulatoriais por problemas de saúde no primeiro ano de vida foi de 4,2 por criança nos Centros de Saúde da Família (CSF). As emergências pediátricas somaram 469 consultas e o total de internações foi de 156.

Neste contexto de associação da prematuridade com o BPN, que demarca para a família, em especial para os pais, o nascimento com vulnerabilidade à morte e/ou doenças, a necessidade de serviços complexos e qualificados para a atenção ao RN, enfoca-se na nutrição do PMT de MBP que tem por objetivo principal atingir uma velocidade de crescimento semelhante à intrauterina. É um tema de muitos estudos, em razão de sua importância e complexidade envolvidas (DELGADO; HALPERN, 2005; MATUHARA; NAGANUMA, 2006; MEDEIROS; BERNARDI, 2011; SILVA; GUEDES, 2013; LOPEZ; SILVA, 2012).

Valete *et al.* (2009) concebem a ideia de que o período neonatal representa fase crítica para o crescimento e desenvolvimento do ser humano, e a nutrição neste período, poder ter repercussões ao longo da vida adulta.

Registra-se a ausência de um consenso que estabeleça com exatidão as necessidades nutritivas do grupo (MOREIRA; ROCHA, 2004; TAVARES; REGO, 2010; ASKIN, 2011). Pressupõe-se que sejam maiores do que as de crianças nascidas a termo, em virtude da recuperação de uma deficiência prévia no crescimento (SILVEIRA, 2012b). Várias estratégias já foram utilizadas para tentar determinar as necessidades nutricionais dos RN PMT, que variam com o tipo de doença e estresse metabólico apresentado (BRASIL, 2011a).

A importância da nutrição adequada para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento dos RN é tão grande a ponto de ser reconhecida como emergência neonatal (BRASIL, 2011a). Tavares e Rego (2010) denominam ser uma urgência nutricional em razão da pouca reserva nutricional onde sua nutrição e alimentação representam um desafio, em especial, considerando-se os menores de 1.500g.

Existem situações clínicas e peculiaridades dos PMT que contribuem para uma nutrição inadequada. São crianças que podem exibir muitas intercorrências clínicas, que aumentam o gasto energético e as necessidades nutricionais, e ainda enfrentam graves restrições na oferta e/ou no aproveitamento dos nutrientes (CARDOSO-DEMARTINI *et al.*, 2011).

A oferta calórica tem reconhecidamente como fatores limitantes a restrição de volume, desejável algumas vezes; intolerância à glicose que os bebês de EBP podem apresentar nas primeiras semanas de vida; a ocorrência de doenças que também impedem manuseios nutricionais agressivos por via enteral; imaturidade do trato gastrointestinal e a tolerância à alimentação por via enteral está frequentemente alterada (MOREIRA; ROCHA, 2004).

É difícil prever como será o crescimento de um RN PTM de MBP. Em crianças nascidas prematuras, a deficiência pôndero-estatural observada nos primeiros meses de vida pode persistir por toda a infância, adolescência e idade adulta (CARDOSO-DEMARTINI *et al.*, 2011). Trindade e Lyra (2006) ao tratarem as particularidades da nutrição do RN de MBP, assinalam que esta, além do crescimento, deve visar ao equilíbrio metabólico. É recomendado por Camelo Junior (2005) procurar respeitar as limitações da imaturidade e atentar para o impacto futuro das ações perpetradas na nutrição desses PMT.

O manejo da alimentação do bebê de baixo peso é uma tarefa que desafia a família, pois, independentemente do tipo de alimento, haverá sempre dificuldades no ajuste entre a alimentação e as suas demandas metabólicas. Por exibir condições especiais de saúde com demanda de cuidados habituais modificados relacionados à nutrição, a família do bebê de baixo peso precisa aprender a manejar sua alimentação (PACHECO; CABRAL, 2011). Dentre os familiares, fazemos especial destaque ao pai com a indagação de como ele vivencia a nutrição e alimentação do filho nos dois primeiros anos de vida?

A importância do vínculo do pai com o lactente nos primeiros meses de vida é cada vez mais destacada na sociedade. Os primeiros meses de convivência são cruciais no estabelecimento da função paterna, porém esse assunto ainda é pouco abordado na literatura (FALCETO *et al.*, 2008).

Sutter e Bucher-Maluschke (2008) apontam a existência de alguns homens que, interessados em participar do cotidiano e do crescimento dos filhos, se envolvem ativamente no cuidado destes, e consideram esta tarefa tão importante quanto a profissional.

A apropriação paterna do cuidado e a interação com o filho têm início com a sua participação na gestação, parto e puerpério, estendendo-se por todas as fases da

vida. Na iminência da paternidade, os homens são tomados pela preocupação com o nascer saudável. A prematuridade e o BPN dão concretude ao problema. A imposição do nascimento antecipado, sequenciado pela internação, irrompendo os planos para a chegada do filho, cede espaço a novas necessidades e obstáculos que se expressam para a família como responsável pelo cuidado do filho.

Na concepção de Crepaldi *et al.* (2006), o pai não pode ser visto apenas como um coadjuvante no cuidado e no apoio à mãe, mas também como um partícipe importante do desenvolvimento do filho, pois influencia e é influenciado em sua interação direta com a criança. As autoras assinalam que a qualidade dos cuidados parentais dispensados a uma criança é importante para sua saúde mental futura. É fundamental para o desenvolvimento da afetividade, da personalidade e da inteligência a presença afetiva e efetiva de um adulto cuidador na formação dos primeiros hábitos da criança e na satisfação de suas necessidades imediatas, que incluem alimentação, higiene, calor abrigo e proteção.

O campo da saúde materno-infantil, tradicionalmente, foi constituído para considerar o binômio mãe e filho. À mulher sempre coube gestar, parir e cuidar. A evolução pela qual a mulher passou, em parir menos, transcender o espaço doméstico para as escolas e trabalhos exercidos fora do domicílio, demandou apoio para as responsabilidades com os filhos e o lar, modificando o papel do pai junto aos filhos, não apenas como o provedor, mas também na qualidade de cuidador.

O nascimento do filho PMT, por toda a complexidade que o evento envolve, exige que o pai desempenhe duplamente o apoio para a mãe e atue como pai para o filho. A participação paterna encontra-se pautada em políticas públicas de saúde, porém, há de se efetivar o que está proposto. A ampliação do olhar para uma paternidade responsável e participativa faz-se necessária. O homem deve ser inserido de fato no ciclo gravídico-puerperal transpondo os discursos. Mediante a internação do filho, é necessário que este não seja visto como um visitante, e vivencie restrição em ser um acompanhante, mas um cuidador, e que esta ação de cuidar tenha extensão para a vida diária junto à família.

Crepaldi *et al.* (2006) recomendam o aumento do número de estudos com enfoque na percepção do pai sobre o próprio papel, do cuidado por ele exercido e acerca de sua gratificação emocional ao dispensar esses cuidados. Enfatizam a necessidade de

aprofundamento sobre as implicações do cuidado e do engajamento paternos, de maneira geral no desenvolvimento do filho e nas relações familiares como um todo.

Este estudo desenvolve-se sobre o cuidado paterno em alimentar o filho PMT, desde o seu nascimento, vivência das dificuldades, importância atribuída à alimentação ofertada, condições de acesso aos alimentos, concepção de alimento nutritivo, alimentação complementar e os aspectos que fundamentam a prática de alimentar o filho.

O alcance do crescimento e desenvolvimento adequado, prevenção da desnutrição, obesidade e comorbidades associadas, fases do desenvolvimento livres de agravos, são importantes para redução da carga de doença no grupo da infância até a vida adulta, repercutindo para uma menor morbidade, hospitalizações e mortalidade. É benéfico ao sistema de saúde, aos serviços de saúde, à sociedade e à família.

O entendimento das potencialidades e dificuldades enfrentadas pelos pais poderá propiciar a reflexão dos profissionais que fazem o seguimento destas crianças para ofertar de apoio e orientação que se traduzam em segurança para os cuidadores e adequação de práticas, mas que sobretudo assegure à criança nutrição e alimentação correspondente as suas necessidades e considerando a condição sociocultural da família.

É fundamental apoiar o desenvolvimento dos pais para um cuidado consciente e autônomo para estabelecer entre a família, os serviços e o profissional de saúde uma atuação conjunta de objetivo comum que é maximizar os níveis de saúde da criança, o que é positivo para a família que não terá estresse com o adoecimento do filho, gastos adicionais e mudança na rotina diária; redução da sobrecarga de consultas para serviços de saúde; menor demanda de medicamentos, leitos para internação e mudança positiva nos indicadores de morbidade na infância beneficiando o sistema de saúde. Pressupõe-se a geração de um ganho coletivo. Os conhecimentos aqui gerados poderão propiciar a reflexão e mudança de práticas que vislumbrem a promoção da saúde.

O investimento em condições para o envolvimento paterno no cuidado do filho será positivo para a criança e para toda a família, porém, os benefícios dessa relação representam um ganho coletivo e social pela repercussão que o pai exerce em toda a vida desse novo ser.

Ampliar a perspectiva para esse grupo de crianças, nascidas com MBP e a singularidade do cuidado paterno, torna-se temática atual no campo da Saúde Coletiva, para a oferta de resultados concretos e aprofundados ao sistema de atenção primária à

saúde, especialmente em um cenário de grandes desigualdades e particularidades, como é focar esse prematuro na cidade de Sobral-Ceará.

## 2 ESTADO DA ARTE

### 2.1 Prematuridades e baixo peso ao nascer no contexto da saúde pública

O nascimento prematuro é definido como o parto ocorrente em menos de 37 semanas completas ou 259 dias de gestação. É um dos principais determinantes da mortalidade e morbidade neonatal (BECK *et al.*, 2009).

O parto PMT aumentou cerca de 30% nas últimas décadas. Pode ser dividido, de acordo com a IG, em prematuro extremo < 28 semanas; prematuro grave 28-30 semanas; prematuro moderado 31-33 semanas e prematuro quase termo 34-36 semanas. Cerca de 45% desses partos são espontâneos, 30% são indicados e 25% seguem a rotura prematura das membranas. É responsável por 75% da mortalidade perinatal e mais da metade da morbidade neonatal imediata e tardia. A prematuridade superou os defeitos congênitos como a principal causa de mortalidade neonatal. A maioria dos problemas graves está associada aos nascimentos antes de 32 semanas de IG e aos de menos de 28 semanas (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

A IG e o peso ao nascimento determinam complicações neonatais e se relacionam à deficiência na evolução pós-natal. Hemorragia intracraniana, anóxia, apnéia ou doença das membranas hialinas em que pacientes necessitem de ventilação assistida, hiperbilirrubinemia e infecções representam as complicações mais frequentemente apontadas como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento neurológico e intelectual anormais (ZOMIGNANI; ZAMBELLI; ANTONIO, 2009; SILVA *et al.*, 2011).

Tronchin e Tsunehiro (2007) selecionaram, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, o total de crianças admitidas à unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal no biênio de 1999 a 2000, totalizando 60 crianças nascidas com peso igual ou inferior a 1.500g. Calculadas as médias e medianas de peso ao nascer e IG da população do estudo, os valores foram respectivamente: média de 1.084g e mediana 1.112g; média 30 semanas e mediana 30 semanas e cinco dias, denotando um alto risco para apresentar morbidades e um longo período de internação. O falecimento antes dos sete dias de vida ocorreu em 13 e um morreu antes de 27 dias; o óbito foi representado por 23% da amostra. Aos sobreviventes restou longo período de internação, cuja média aproximou-se de dois meses, podendo chegar a seis meses em algumas situações, o que

demandou a assistência especializada de uma equipe multidisciplinar e de custo elevado. Os RN PMT foram submetidos a variados procedimentos invasivos.

No ano de 1982, nasceram em Pelotas (RS) 5.914 crianças, representando 99,2% dos nascimentos do Município. Teve início a coorte de Pelotas. Todas as crianças foram examinadas e suas mães entrevistadas. Além das informações perinatais, foram coletados dados nos anos de 1984 e 1986. Na investigação dos óbitos ocorridos e fatores associados entre as pessoas pertencentes à coorte na infância, as principais causas foram afecções originadas no período perinatal (42,8%). Na fase pré-escolar, doenças infecciosas e parasitárias predominaram (31%), seguidas por doenças do aparelho respiratório (24,1%) (HORTA *et al.*, 2008).

Boykova e Kenner (2012) destacam o fato de que as taxas de reinternação de PMT são preocupantes e incrementam os gastos com saúde. Eles são alvo de uma variedade de problemas de agravos relacionados à imaturidade de seus órgãos vitais, muitas vezes necessitando de cuidados e apoio adicionais após a alta.

A estreita relação da prematuridade e do BPN com a morbimortalidade perinatal e neonatal representa um desafio para as autoridades em saúde que objetivam a redução de sua ocorrência. Bahl *et al.* (2012), no estudo da definição das prioridades nos investimentos de pesquisa em saúde enfocaram a redução da mortalidade por prematuridade e o BPN como uma exigência de progresso urgente e rápido, não podendo ser a longo prazo.

Balbino *et al.* (2012) assinalam a redução da morbimortalidade em RN de risco. Elevou-se a sobrevivência de crianças que antes não sobreviveriam (MOREIRA; GOLDANI, 2010). Véras e Traverso-Yépez (2010) esclarecem que o aumento da sobrevivência ocorre simultâneo ao crescimento da probabilidade de sequelas decorrentes da imaturidade, demandando atendimento especializado e investimento de tempo e esforços. A esse respeito, Castro, Rugolo e Margotto (2012) reforçam que a taxa de sequelas se mantém relativamente constante, indicando que o número absoluto de crianças sequeladas secundárias ao nascimento prematuro está crescendo.

Esta realidade remete a reflexões e questionamentos sobre a qualidade de vida e as repercussões sobre o crescimento e desenvolvimento dessas crianças (GIACHETTA *et al.*, 2010). Os fatores de risco dessa população podem levar a danos. Os sobreviventes são suscetíveis a maior ocorrência de morbidade (VIERA; MELLO, 2009; VÉRAS;

TRAVERSO-YÉPEZ, 2010). Crianças que nascem prematuramente têm taxas mais altas de déficits sensoriais paralisia cerebral, dificuldades de aprendizagem e doenças respiratórias em comparação com crianças nascidas a termo (BECK *et al.*, 2009).

A sobrevivência dos PMT extremos, portadores de malformações congênitas e de doenças crônicas, deu origem a uma nova clientela que precisa ser atendida nos serviços de saúde e que demanda alto nível de cuidado da sociedade (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Os nascidos PMT de MBP requerem a garantia de uma assistência de qualidade e de seguimento ambulatorial. A demanda por assistência especializada e multidisciplinar em uma internação prolongada, com apresentação de alguma morbidade ao concluir a hospitalização, leva à constatação de que a alta hospitalar representa um momento arbitrado, pois a criança necessitará de seguimento ambulatorial, encaminhamento a especialistas e cuidados no domicílio, tornando indispensável uma assistência de qualidade (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

O acesso geográfico à assistência ao parto, relacionado à oferta desigual de serviços de saúde de qualidade, é um dos componentes de vulnerabilidade da mãe e do conceito (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). O BPN é determinado por diversos fatores correlacionados, dentre eles a precariedade das condições sociais, econômicas e ambientais (SILVA; RENOSPE *et al.*, 2014).

Na coorte de Pelotas de 1982 foi observada maior mortalidade entre crianças pobres, filhas de mães pretas e que nasceram com baixo peso. Entre crianças de um a quatro anos de idade, baixo nível socioeconômico ao nascer, BPN, estatura baixa para idade e baixo peso em relação a altura aos dois anos de idade estiveram associados a maior risco de morte (HORTA *et al.*, 2008).

Nascimento *et al.*, (2014) em um estudo transversal feito com a população de óbitos infantis de mães residentes na cidade do Recife (PE), ocorridos entre 2000 e 2009, identificaram que uma parcela significativa das mortes está relacionada ao grupo de causas redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto. Correspondendo a existência de dificuldades no atendimento de saúde à população materno-infantil, portanto há necessidade de maiores investimentos em ações que visem um atendimento de pré-natal e parto adequado.

O estudo Nacer Brasil coordenado pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) indicou que coberturas menores de pré-natal foram observadas em puérperas residentes na Região Norte, indígenas, com menor escolaridade, sem companheiro e com maior número de gestações. Barreiras de acesso e problemas foram as razões mais frequentes para a não realização do pré-natal (43,2% e 40,6%, respectivamente). Em mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste predominaram barreiras de acesso, foi menor o início precoce do pré-natal e o número suficiente de consultas e com maior frequência foram as que realizaram o acompanhamento nos serviços públicos (VIELLAS *et al.*, 2014).

A indicação de cesárea no pré-termo é apontada como contribuinte para o aumento da incidência de nascimentos prematuros (BECK *et al.*, 2009; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011; LANSKY *et al.*, 2014). A morbidade associada à prematuridade muitas vezes se estende à vida mais adulta, resultando em enormes custos físicos, psicológicos e econômicos (BECK *et al.*, 2009). É fundamental investir em ações para prevenção da prematuridade evitável, além da melhoria na atenção a este RN mais vulnerável (LANSKY *et al.*, 2014).

O número de eventos cesáreos no Brasil demonstra tendência crescente (VICTORA *et al.*, 2011). A taxa abusiva de parto cesáreo no país desde a década de 1980 é um dos motivos de complicações no parto. É um dos principais exemplos do modelo assistencial excessivamente intervencionista. A cesariana desnecessária implica um risco maior de complicações maternas como infecção, hemorragia e complicações anestésicas, as quais contribuem com o aumento das taxas de mortalidade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Evidências recentes sugerem a associação do aumento de coeficientes de prematuridade e BPN com o aumento da proporção de cesariana e indução do parto (LEAL *et al.*, 2012). O risco principal desta prática para a criança refere-se aos problemas respiratórios advindos da prematuridade, geralmente associados com a retirada antecipada do concepto antes da maturidade pulmonar plena (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006, expressa que 44% da totalidade dos partos realizados no Brasil foram cirúrgicos, sendo esta proporção maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%). Com percentuais de

cesariana cada vez maiores no País, em 2009, o número de nascimentos por esta via de parto foi maior do que o de partos vaginais, fato até então inédito (BRASIL, 2008a).

Rezende e Montenegro (2011) atribuem ao parto PMT 1:5 das crianças com retardamento mental, 1:3 com defeito visual e quase metade com paralisia cerebral. Acrescentam que o prognóstico tardio dos RN PMT com MBP está sobrecarregado pelo risco elevado de doença cardiovascular, diabetes do tipo 2 e, possivelmente, câncer.

O desenvolvimento do PMT é abordado por muitos estudiosos (FRAGA *et al.*, 2008; CAMARGOS *et al.*, 2011; PRETTI *et al.*, 2010; MAIA *et al.*, 2011). As crianças que nascem antes das 32 semanas ou com peso inferior a 1.500g exibem um elevado risco de sequelas no neurodesenvolvimento, especialmente, os nascidos com peso inferior a 1.000g, são de risco para apresentar vários distúrbios do neurodesenvolvimento, entre eles a paralisia cerebral (12-13%), deficiência cognitiva (17-42%), a deficiência visual (2-13%) e/ou auditiva (1- 6%), problemas que são identificados, em geral, já nos primeiros dois anos de vida (BARROS; GUINSBURG, 2012).

## **2.2 Pais, nascimento prematuro e internação na unidade de terapia intensiva neonatal**

O nascimento prematuro para os pais é a ruptura do sonho do filho no tempo normal (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005, 2006; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007; FONTOURA *et al.*, 2011).

O bebê imaginário é criado, refletido em sonhos, partilhado e representado internamente no mundo psíquico dos pais já perto ou durante a gestação. Permanece apenas na vida interna dos pais, sem se tornar consciente. O bebê imaginado é criado pelos pais durante a gestação, com base em experiências peculiares do bebê intraútero, da imagem do ultrassom e das características do comportamento do bebê, ainda no ventre. Está mais presente no cotidiano dos pais, desde o final do quarto mês gestacional até cerca do sétimo mês. É colorido pelas melhores fantasias parentais sobre o bebê que querem e acreditam que vai nascer; o bebê real que nasce e que deverá receber todo o investimento materno, paterno e familiar para o seu cuidado e desenvolvimento; em geral, é muito diferente do bebê imaginário e do imaginado. Começa a surgir no pensamento materno e paterno no final da gestação, facilitando a aproximação que ocorrerá com seu

nascimento. Quando o bebê é PMT, este fenômeno pode não ocorrer, resultando em uma grande distância entre o RN desejado e o que acaba de nascer (BRASIL, 2013).

A experiência da hospitalização do RN exige capacidade de enfrentamento e adaptação da família. O nascimento seguido de internação frustra as expectativas normais do casal em relação ao filho, muitas vezes esperado e idealizado. Esta situação pode produzir conflito e repercutir na vida da mulher e da sua família, causando instabilidade física e emocional, com sentimentos mais intensos no início da internação (SILVA *et al.*, 2009).

A separação do filho da família, em consequência da internação em uma UTIN, prejudica o apego (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007; ROLIM; CRUZ; MAIA, 2012). Os sentimentos vivenciados são de incerteza quanto ao presente e ao futuro. Envolvem a perspectiva de vida (ANJOS *et al.*, 2012). A distância provoca na mãe tristeza, medo e estresse, fragilidade e insegurança relacionada à vida do filho. A realização de procedimentos dolorosos faz com que algumas mães se neguem a presenciar (ROLIM; CRUZ; MAIA, 2012).

A unidade neonatal é descrita em Rolim (2006) como um cenário de vida, sofrimento e morte. É persistente a preservação do estigma deste ambiente como um lugar para morrer. Fernandes *et al.* (2011) declaram que para a mãe é um espaço demarcado pela iminência da ameaça de morte e perda.

É impactante para os pais vivenciar as particularidades da UTIN (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007). É um local estranho e com grande densidade tecnológica, em que o cuidado se dá mediado pela utilização de máquinas e equipamentos (ANJOS *et al.*, 2012), causando perplexidade e medo (FONTOURA *et al.*, 2011).

Rolim e Cardoso (2006), na abordagem da atenção humanizada ao RN, recomendam a constituição de um processo de cuidados, verificando a natureza da manutenção e reparação da vida, com origem em situações vividas pelas pessoas que precisam desses cuidados. Na internação do RN PMT os pais devem ser englobados no cuidado ao filho e ter suas necessidades percebidas e minimizadas pelos profissionais.

Ao abordar distúrbios psicofuncionais no bebê, Pinto (2004) define, dentre as situações e interações de alto risco, crianças que viveram intervenções médicas no período neonatal ou problemas relativos à mãe. Em estudo de Fernandes *et al.* (2011), as mães definem o vínculo mãe e filho no que é ser mãe para elas. Para algumas, tem

relação com cuidados, contato e alimentação. A alusão ao tocar, ao olhar e ao cuidar nas circunstâncias do nascimento e da internação do PMT, em que esses cuidados iniciais são realizados pela equipe hospitalar, marcam a dificuldade inicial entre o RN PMT e sua mãe.

Estudo etnográfico realizado com pais de RN PMT de MBP, por Tronchin e Tsunehiro (2006), mostrou que o nascimento prematuro do filho significou para os pais o rompimento com o sonho de ter o filho em tempo normal e livre de intercorrências. A experiência imprevista da internação do filho em uma UTIN desencadeou reação de choque, incredulidade, sofrimento, profunda tristeza e medo de perder a criança. A vulnerabilidade do estado clínico do neonato, o ambiente, os riscos do tratamento intensivo e a separação passaram a fazer parte do cotidiano desses pais.

Estudo realizado com 18 mães de RN PMT internados em UTIN traz a antecipação do nascimento como a interrupção precoce da gestação que se dá de forma inesperada, inaugurando uma experiência crítica para a família, em que o filho PMT simboliza fragilidade e a vivência é de sentimentos de incapacidade e culpa (ANJOS *et al.*, 2012). Os sentimentos negativos e temerosos perante o nascimento PMT configuram em muitos estudos realizados com pais e mães (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005, 2006; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007; SILVA *et al.*, 2009; FONTOURA *et al.*, 2011; ROLIM; CRUZ; MAIA, 2012).

O nascimento PMT causa desapontamento e frustração (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007). Rompendo com o sonho do nascimento em tempo normal, ele traz complicações que representam risco de morte para os pais (FONTOURA *et al.*, 2011).

Para Rolim (2006), a humanização do cuidado ao RN abrange todos os envolvidos em seu processo de saúde-doença. Anjos *et al.*, (2012) consideram que a família demanda cuidados específicos além da tecnologia dispensada ao filho PMT internado. Os profissionais podem influenciar no alívio da ansiedade e na promoção da esperança e do otimismo.

Melo *et al.* (2014) referem que, quando a criança nasce antes do tempo e necessita de cuidados na UTIN, a mãe torna-se expectadora dos cuidados especializados e vive incertezas perante a saúde do filho. As autoras indicam a necessidade de uma atitude humanizada no ambiente hospitalar, que inclui a integração do cuidado físico,

social e emocional, transpondo o cuidado pautado na rotina de atendimento, valorizando a singularidade do outro, percebendo potencialidades e dificuldades.

Guimarães e Monticelli (2007) indicam a importância dos pais se sentirem acolhidos e alvo da atenção dos profissionais. O cuidado que esperam para o filho ultrapassa a técnica e a obrigação, esperam que seja com carinho. A transferência para os pais de parte dos cuidados possibilita a aproximação entre pais e filhos. As informações sobre a internação fazem os pais partícipes do cuidado e reduzem a sensação de estranhamento do cenário. Para Silva *et al.*, (2009) a disponibilidade de informações afeta a relação profissional e cliente.

Santos *et al.* (2012) destacam que o homem tem o papel de provedor da família, com a função de providenciar sustento e suprir necessidades básicas, o que pode ser encarado como uma obrigação que não admite falhas. Desta forma, durante a hospitalização do filho na UTIN, o pai vivencia uma situação de estresse intenso, pois teme perder seu emprego por faltas, atrasos ou licenças, e vê na continuação de suas atividades a segurança financeira que precisa proporcionar à família. Ao mesmo tempo em que tenta cumprir seu papel, ele se sente culpado por não passar mais tempo com seu filho hospitalizado.

Quando o PMT recebe alta da UTIN para casa, as mães podem se achar inseguras ao comparar seus cuidados com aqueles recebidos no ambiente hospitalar. Fazem-se presentes sentimentos ambivalentes de medo e felicidade. É importante dispor orientações claras e detalhadas para tranquilizar, dar segurança aos pais ou cuidadores, prevenir os principais problemas dos dias subsequentes à alta e garantir a continuidade dos cuidados gerais e de saúde à criança (PEREIRA; GARBES, 2012).

Costa *et al.* (2009), ao buscarem compreender como sucede a interação da família com o RN PMT no domicílio, nas primeiras semanas após a alta, observaram que o ambiente familiar não é apenas um espaço geográfico, mas também um local onde existem pessoas necessitadas de apoio, atenção e cuidado. Ressaltam a existência de programas sociais, envolvendo famílias, que estão focados na saúde da criança e recém-nascidos normais. Quando se trata, porém, de RN PMT, há carência de protocolos para o acompanhamento sistemático no nível de atenção primária à saúde, deixando este serviço sob responsabilidade da instituição de origem.

## 2.3 Nutrição do prematuro

O cuidado nutricional é indispensável para que o PMT cresça e se desenvolva adequadamente. Ao nascer antes de 34 semanas de IG, o PMT não pode ser alimentado por sucção, pois este consiste em um reflexo inato que depende da maturação fisiológica. Questões ligadas à idade e aos períodos do desenvolvimento fazem com que o PMT seja incapaz de sugar, deglutir e respirar ao mesmo tempo. A tentativa da sucção, no entanto, deve ser tentada precocemente (MOREIRA; ROCHA, 2004).

Prematuros de EBP são expostos a vários fatores que podem comprometer seu crescimento, destacando-se a limitação na oferta nutricional e/ou aproveitamento dos nutrientes durante a internação em UTIN e nutrição inadequada após a alta (RUGOLO, 2005 b; RUGOLO *et al.*, 2007).

O leite materno é universalmente aceito como o melhor alimento para os bebês, tanto de risco como normais (DELGADO; HALPERN, 2005). O leite produzido por mães de recém-nascidos prematuros durante as primeiras quatro semanas após o parto contém maior concentração de nitrogênio, proteínas com função imunológica, lipídios totais, ácidos graxos de cadeia média, vitaminas A, D e E, cálcio, sódio e energia do que a leite de mães de bebês nascidos a termo (NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

O estabelecimento do AM nos RN PMT constitui um grande desafio. Um número grande de PMT que se encontram internados em UTIN não recebe leite da própria mãe (SILVA; GUEDES, 2013). A dificuldade advém de diversos fatores, sendo que os mais evidentes estão associados às limitações fisiológicas. As dificuldades com a amamentação da criança PMT persistem mesmo após a alta hospitalar. Muitos dos egressos da internação em AM são desmamados antes do desejável. É enfatizada a importância, no incentivo do AM a mães de RN PMT, o benefício do suporte oferecido pela comunidade e pela família (SANTORO JUNIOR; MARTINEZ, 2007).

Pisacane *et al.* (2005) aponta a importância do pai na decisão sobre como alimentar a criança. Na amamentação eles contribuem para o aumento do AM, melhoram a satisfação da mãe com a amamentação e favorecem a adaptação dos pais para a parentalidade.

Estudo de Muller (2008) com mulheres que estavam amamentando seus filhos até os seis meses de vida evidenciou no apoio do companheiro a evocação do *status* de

mulher, no sentido de valorizá-las ou lembrá-las da experiência responsável de ser mãe. Essa atitude pode ser orientada por suas representações de gênero.

Estudo de coorte prospectiva desenvolvido na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul (RS), com crianças nascidas de setembro de 2002 a maio de 2003, ao avaliar os fatores relacionados ao AM no 1º mês de vida, tornou notório o fato de que a baixa escolaridade do pai contribuiu para o aumento do risco de interrupção do AM. Evidenciou que as mães que se sentiram apoiadas pelo companheiro no tocante à amamentação estavam amamentando, enquanto somente 57% das que não se sentiram apoiadas o fizeram. No 3º mês, os fatores associados à interrupção do AM foram menor escolaridade do pai, mãe não vivendo com o companheiro, falta de apoio paterno na amamentação e ausência paterna quando a mãe estava amamentando. O estudo não encontrou associação entre o apoio paterno e o AM no 6º mês, sugerindo que o apoio paterno e a atitude positiva dos pais são mais marcantes nos primeiros meses de vida do bebê, podendo perder seu impacto nos meses subsequentes, quando outros fatores estarão envolvidos. O apoio paterno referido pelas mães foi bastante influente na maior frequência de AM nos primeiros meses. Além disso, 80% das mães citaram que o suporte paterno as encorajava a realizar a prática do AM (SILVA *et al.*, 2012).

Na cidade de Porto Alegre (RS) uma coorte com mães e suas respectivas crianças do nascimento até a idade de três a cinco anos, selecionadas em 2003, foi levada a efeito por Martins e Giugliani (2012), que buscavam os fatores associados à manutenção da amamentação por dois anos ou mais, identificando algumas características e comportamentos das mulheres que seguem a recomendação atual sobre duração do AM. Foram selecionadas 220 duplas mãe-bebê e 151 concluíram o estudo. A ausência de coabitação com companheiro/pai da criança apontou associação positiva com a manutenção do AM, ou seja, foi considerada desfavorável nos resultados a coabitação do pai com a mãe, em que a probabilidade de amamentação até dois anos de idade ou mais foi de 39%.

Aumentar os índices da cobertura de AM é uma das prioridades da Coordenação de Saúde da Criança e da Coordenação de Alimentação e Nutrição do Governo Brasileiro. Esforços são empreendidos nesse sentido, como a implantação de bancos de leite humano (BLH). O primeiro BLH do Brasil foi implantado em outubro de 1943 no Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira. O

objetivo principal era coletar e distribuir leite humano visando atender os casos considerados especiais, como a prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas com o intuito de atender casos especiais, em que o leite humano era considerado imprescindível, muito mais por suas propriedades farmacológicas do que por suas qualidades nutricionais (MAIA *et al.*, 2006).

Regulamentados em território nacional pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 322/88, os BLH têm a função de coletar e distribuir leite humano, direcionar esforços no combate ao desmame precoce, por intermédio do incentivo ao aleitamento materno e do treinamento e qualificação de profissionais (CARVALHO *et al.*, 2010).

As ações voltadas à saúde da criança incluem a promoção, proteção e apoio ao AM, com vistas à redução da mortalidade neonatal e organização da atenção à saúde da mulher e da criança para minimizar as mortes e agravos evitáveis. Com o objetivo de contribuir para aumentar os índices de AM no País, a Rede Amamenta Brasil é a estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM na atenção básica, considerando os benefícios do AM para a mulher, a criança e a família na qual se insere o pai. Foi considerado na formulação desta estratégia o potencial de promoção do AM nas unidades básicas de saúde, a necessidade de promover a compreensão de profissionais e da sociedade acerca da amamentação como um processo biológico, social e cultural, e a importância de se estabelecer uma estratégia nacional para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica. Foi unificada à Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) em 2012, dando origem à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (PASSANHA *et al.*, 2013).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) Em 1989 a WHO/UNICEF divulgaram a "Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades", criando em seguida a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) mobilizando os serviços obstétricos para a adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Objetivo é garantir apoio das maternidades ao AM por meio de ações realizadas durante o ciclo grávido-puerperal e promover respeito ao Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno. Visando a melhorar a qualidade de ações de proteção à criança e reduzir problemas relativos ao atendimento à mãe e ao RN (SAMPAIO *et al.*, 2011). Propiciar uma melhor interação entre o binômio

mãe-filho, e promover mudanças culturais sobre o uso de chupetas, mamadeiras e leites industrializados (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

O aleitamento materno durante os seis primeiros meses de vida, a alimentação complementar oportuna e adequada e a manutenção do AM complementado até os dois anos de idade ou mais é a recomendação da WHO para as crianças de todo o mundo (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011). Após os seis meses, iniciar o consumo de alimentos complementares é recomendável para que todas as necessidades nutricionais de uma criança em franco crescimento sejam adequadamente atendidas (TOMA; REA, 2008).

Iniciar a alimentação complementar do PMT está na dependência da sua maturidade neurológica da criança. Emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão, e não a idade cronológica da criança. É necessário um programa de orientação alimentar e nutricional padronizado, incluindo rotinas básicas e adequado às suas necessidades. Geralmente se começa alimentação complementar entre quatro e seis meses de idade corrigida, e quando a criança adquire pelo menos 5 kg de peso e tem condições de gastar calorias. Inicia-se aos seis meses de idade corrigida nas crianças em AME. O PMT que recebe apenas aleitamento artificial poderá iniciar com três meses de idade corrigida (SILVEIRA, 2012b).

Kaufmann *et al.* (2012) buscaram investigar o padrão alimentar nos três primeiros meses de vida, os fatores para o desmame e a introdução precoce de alimentos complementares, em estudo de coorte prospectivo, com 951 crianças no primeiro mês e com 940 no terceiro. Na população, o BPN foi identificado em 8,2%. No acompanhamento de um mês, 60% das crianças estavam em AME e cerca de 10% já haviam desmamado. O aleitamento predominante ocorria em 16% da amostra e 14% dos bebês amamentados também estavam recebendo outro tipo de leite. Aos três meses, 29% haviam sido desmamados e somente 39% recebiam AME. Alimentos sólidos eram utilizados por 4,5% dos bebês amamentados e outro leite por 22%. Foi observado que entre todos os bebês da amostra, 28% recebiam outro leite sem diluição. A utilização de leite em pó ocorreu em 7% da amostra. Os principais motivos apontados pelas mães para introdução precoce de outros alimentos, ou outro leite, em ambas as idades, foram fome e cólica do bebê.

## 2.4 Participação paterna na gestação, parto e nascimento

A parentalidade equivale ao laço concreto, cotidiano, entre um pai e/ou uma mãe e uma criança (DEVREUX, 2006). A experiência de ter um filho inaugura um momento importantíssimo no ciclo vital da mulher e do homem, com grandes repercussões no meio familiar (BRASIL, 2013). Ambos podem vivenciar múltiplos sentimentos com a chegada do novo integrante da família (CASTOLDI; GONÇALVES; LOPES, 2014).

Após o nascimento, os pais depositam no bebê suas fantasias e expectativas, as quais ele responderá de acordo com suas características, formando-se um padrão de relação pais-bebê (PRADO *et al.*, 2009).

A mudança que a chegada do filho provoca na vida do casal se justifica com o novo vínculo entre duas gerações e com ajustes psicológicos e sociais requeridos pelo papel de progenitor. A inclusão do pai no nascimento do filho deve ocorrer na perspectiva do cuidado centrado na família, que deve ser vista como um todo, considerando o contexto em que está inserida. O olhar para a família deve voltar-se para as relações e o impacto que cada membro exerce sobre o outro (PALMEIRA, 2012).

Para Oliveira e Brito (2009), há a necessidade de atender e acolher, na gestação, no parto e no puerpério, a mulher e seu marido/companheiro, garantindo a ambos a oportunidade de compartilhar sentimentos e vivências, auxiliando-os na formação de suas identidades maternas e paternas. Homens como acompanhantes da consulta pré-natal, ao escutarem os batimentos cardíacos, vão somando informações, imagens e sons à ideia de um bebê que vai tomando forma, este dentro da mãe e o pai fora, porém, próximo, cuidando e gestando o bebê que lhe pertence (CAVALCANTE, 2007).

Em estudo qualitativo de Perdomini e Bonilha (2011) realizado em Porto Alegre (RS), com 24 pais que acompanharam o nascimento do filho, o suporte fornecido pelos pais à mulher envolveu, na prática, aspectos emocionais. Os pais perceberam sua presença no trabalho de parto e parto como a melhor forma de proporcionar apoio à companheira. Reafirmaram o quanto foi importante estarem presentes nos primeiros minutos de vida do seu filho, sentindo-se gratificados ao serem os primeiros a pegar o bebê no colo e poder ouvir o choro. A emoção do pai pelo nascimento do filho, expressa que já existe um

envolvimento emocional a partir dos primeiros momentos de vida do bebê fora do útero materno, o vínculo entre pai e filho

O puerpério é um acontecimento que se desenvolve, muitas vezes, dentro de uma estrutura familiar que compreende mãe, pai e filho como seres interativos. Na interação o homem desenvolverá ações de natureza diversas, as quais podem repercutir, positiva ou negativamente, no núcleo familiar (OLIVEIRA; BRITO, 2009).

O nascimento sempre teve foco no bebê e na mãe sob o papel de cuidadora. A área da saúde poderia constituir-se como um espaço privilegiado para o reforço de um relacionamento entre pais e filhos e estimular à realização das novas formas de interação do homem com seu filho. Apresenta-se, no entanto, como uma das áreas que mais reforça a responsabilidade feminina no cuidado com as crianças e afasta o pai interessado em participar deste processo (MARTINS, 2009).

## **2.5 Políticas e estratégias de saúde que favorecem a parentalidade**

No final da década de 1990, o tema da humanização na atenção foi incorporado aos programas de saúde propostos pelo MS (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011). A portaria do Gabinete do Ministro (GM) n.º569, de 1º de Junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Está compreendido em um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica. Registra a questão dos direitos das mulheres e dos deveres constituídos pelo Estado com instruções programáticas ou de regulação do sistema (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A Rede Cegonha consitui-se em uma proposta pelo Governo Federal, uma estratégia de enfrentamento do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que mudem esse cenário existente no Brasil. As ações dessa estratégia buscam a melhoria da atenção destinada a sua população-alvo. É uma iniciativa convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento praticado no país, em que a gestante/parturiente não está como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente (CAVALCANTI, *et al.*, 2013).

É necessário considerar o momento do parto como um acontecimento intenso para o casal que pode vivenciar múltiplos sentimentos com a chegada do novo integrante da família, o que solicita da equipe de saúde preparo para acolher e proporcionar ao casal um momento agradável e tranquilo, contribuindo para que a experiência positiva para ambos. Nesse sentido é necessário que as instituições hospitalares devam garantir o cumprimento da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que assegura a presença do acompanhante de escolha da mulher durante o processo do nascimento para que a mulher poderá optar em ter um acompanhante com o qual possua vínculo para estar ao seu lado seja no período de trabalho de parto, parto ou pós-parto imediato (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

A estratégia do Método Canguru (MC) acompanha os esforços do MS para ampliar a atenção humanizada ao RN de BPN e apresentando vantagens clínicas e psicoafetivas ao RN e família (ENTRINGER *et al.*, 2013).

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso - MC, implantada no ano 2000, objetiva estabelecer uma mudança no paradigma da atenção em neonatologia, promovendo cuidados técnicos humanizados que resultem em uma atenção melhor à mãe, ao RN e à sua família. É utilizado como mais uma tecnologia disponível na assistência neonatal. Seus fundamentos são o acolhimento ao bebê e sua família; respeito às singularidades; promoção do contato pele-a-pele o mais precoce possível; e envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê. Os RN PMT nas primeiras semanas, já são responsivos a algumas formas de estímulos sociais sendo importante que seus pais recebam orientação da possibilidade de aproximar-se e apoiados a relacionar-se com o filho (MELO; SOUZA; PAULA, 2013).

Dentre os critérios de elegibilidade dos RN para o MC influenciam sua permanência o desejo e a disponibilidade da mãe em permanecer com o RN, sua capacidade em reconhecer as situações de risco do filho, mudanças em rotinas hospitalares, confiança dos profissionais de saúde em manter os RN na segunda etapa do MC e recursos humanos suficientes (ENTRINGER *et al.*, 2013).

É um cuidado que reconhece a importância dos pais na vida dos RN e enfatiza o respeito, apoio e parceria entre a família e os profissionais de saúde. É um cuidado centrado na família, que enfatiza a importância de reconhecer e aceitar o apoio desta no processo saúde-doença (HENNIG; GOMES; MORSCH, 2010).

Em estudo realizado com três casais, enquanto vivenciavam o MC, Guimarães e Monticelli (2007) consideraram que o contato corporal dos pais com o RN PMT representa a oportunidade de realizarem o contato pele a pele com o pequeno bebê, como se estivessem conseguindo findar o processo gestacional bruscamente interrompido. É notório fato de que o corpo e seus movimentos são aliados importantes para a troca de sentimentos entre pais e filhos. O contato corporal transfere emoções comuns e de maior complexidade, por meio do calor transferido do adulto para o bebê. A disponibilidade dos pais para ter o filho nos braços aponta a superação de dificuldades e abertura para maior aproximação.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que visa a garantia, a todas as crianças e adolescentes, ao tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e se tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo, em seu Art. 10, que versa sobre a atenção à gestante, define a obrigação dos estabelecimentos de saúde em prestar orientações aos pais dos RN, fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato e manter alojamento conjunto. No Art. 12, determina que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Em seu Art. 22, comunica que aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores (BRASIL, 2008b).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída pela portaria GM nº. 1.944, de 27 de agosto de 2009, com o objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população. Propõe qualificar a atenção à saúde do homem na perspectiva das linhas de cuidado valorizando a integralidade da atenção (TEIXEIRA *et al.*, 2014). Um dos princípios destacados é a necessidade de mudança da percepção masculina nos cuidados com a própria saúde e a dos seus familiares (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

A PNAISH em seu capítulo sobre direitos sexuais e reprodutivos, defende o argumento de que a paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas também como um direito do homem a participar de todo o processo que envolve a decisão de ter ou não filhos, como e quando os ter, bem como de

acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança. Enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção do contingente masculino em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família (BRASIL, 2008c).

A legislação trabalhista brasileira prevê um conjunto de medidas, no que diz respeito à proteção da família. O direito garantido ao pai depois do nascimento do filho é uma licença-paternidade de cinco dias e o benefício do salário-família, o qual pode ser recebido, simultaneamente, por mães e pais. Entre os principais direitos garantidos às mães estão a estabilidade para a gestante, a licença-maternidade de 120 dias, extensível por mais 60 dias, totalizando seis meses. O salário-família, o intervalo para amamentação, até que o bebê complete seis meses de idade, e a existência de creche custeada pela empresa ou o pagamento de auxílio-creche nos primeiros seis meses de vida dos filhos. Os benefícios previstos focalizam, prioritariamente, os direitos reprodutivos das mulheres, oferecendo poucas possibilidades aos homens de se comprometerem com o exercício da paternidade responsável. O aparato legal contribui no mínimo para a manutenção e a reprodução de uma realidade bastante desigual no que diz respeito à divisão sexual do trabalho reprodutivo. Os benefícios previstos focalizam, prioritariamente, os direitos reprodutivos das mulheres, oferecendo poucas possibilidades aos homens de se comprometerem com o exercício da paternidade responsável (PINHEIRO; GALIZA; FONTOURA, 2009).

## **2.6 Mudanças da função paterna e a participação do pai no cuidado do filho**

A dupla parental compreende pai e mãe. Esta parentalidade corresponde ao processo de formação dos sentimentos, funções e comportamentos no desempenho da maternidade e da paternalidade. Tem início anteriormente ao momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece durante toda a vida, pois se modifica em decorrência das mudanças vitais que envolvem a relação entre pais e filhos (BRASIL, 2011a).

A figura paterna, como provedora material, financeira e guardião da família, concede-lhe a responsabilidade social de ter filho para manter. O pai tradicional foi paritariamente alicerçado na identidade masculina que o estabeleceu segundo padrões de

gênero (PALMEIRA, 2012). No entendimento de Almeida (2007), isto torna o pai em graus variáveis ausente da vida cotidiana dos filhos e insensível em relação a si mesmo.

Até os anos de 1950, o pai era considerado responsável pelo sustento da família, servindo de modelo de realização profissional, ao passo que a mãe era responsável pelas atividades domésticas, pelo cuidado das crianças e por suprir as necessidades emocionais de seus filhos. Este modelo de organização familiar permanece na sociedade contemporânea, porém é alterado pelas transformações por que a família passa ao longo do tempo. Transformações socioculturais, como o engajamento progressivo das mães em atividades laborais externas ao lar, afetaram as relações familiares, criando a expectativa de que o pai assuma tarefas anteriormente pertencentes à esfera feminina (CREPALDI *et al.* 2006).

O pai excepcionalmente provedor, desarticulado dos acontecimentos domésticos, não é aceito. Os papéis do homem e da mulher são alvo de transformações em sua função familiar, exigindo-se da mulher uma participação mais efetiva na manutenção e sustento da casa; e o homem volta-se para as atividades domésticas e cuidados com os filhos (OLIVEIRA; BRITO, 2009).

A saída da mulher do ambiente privado impeliu o homem a focalizar sua atenção à família e não somente ao trabalho. Com origem nesses novos valores, os pais passam a ter um importante papel na vida do filho, atuando ativamente na sua educação e cuidados, preocupando-se em passar para a criança valores, regras morais e limites (GABRIEL; DIAS, 2011).

Mudanças nas concepções de feminilidade e masculinidade, por conseguinte os desdobramentos do desempenho das funções de homem e mulher na sociedade e no interior da família refletiram sob seus papéis, sob as relações de conjugalidade e nos papéis de pai e mãe. Contribuíram nesse processo de transformação, além da participação da mulher no mercado de trabalho, a emancipação feminina e o anseio por igualdade dos sexos (ALMEIDA, 2007).

A introdução da mulher no mercado de trabalho remunerado e a aceitação pelos parceiros representam uma drástica reformulação da identidade tradicional do homem como provedor da família, alterando a visão da paternidade que impedia o homem de participar da vida doméstica e fazendo-a ser vista em um contexto social que ensejou modalidades diversas do ser pai, enfraquecendo o patriarcado e promovendo mudanças nas relações parentais (FREITAS *et al.*, 2009).

Bustamante e Trad (2005) consideram que mudanças sociais impactaram sobre o significado da paternidade; o conceito do “*novo pai*”, em que se considera a oportunidade para expressar sentimentos, participando ativamente no cuidado dos filhos, com relação igualitária e fluida com a parceira, o que inclui a divisão de tarefas. Espera-se que os homens participem ativamente da esfera econômica, que sejam provedores da família e que estabeleçam a identidade masculina pelo papel de trabalhadores, ao mesmo tempo em que se demanda que estejam presentes em casa, dividindo o cuidado das crianças com a parceira.

O papel de pai cuidador representa um novo modo de ser pai. Cavalcante (2007), ao investigar as motivações de homens para acompanhar as consultas de pré-natal de suas mulheres, constatou que eles se esforçam para estar com a mulher no pré-natal. Querem que suas presenças sejam consideradas fortes na história do filho. Consideram importante demonstrar à mulher o quanto se interessam e conhecem o bebê. A participação no pré-natal é a preparação conjunta para os cuidados de que a criança vai necessitar.

Constantemente, são recriados os padrões de relação pai e filho e de marido e mulher, ressoando no interior das famílias nos mais diferentes planos, alterando modelos de cuidados com as crianças e a definição de a quem cabe o cuidado delas (ALMEIDA, 2007).

Estudo de Gabriel e Dias (2011), constatou que os pais avaliaram de maneira negativa a divisão desproporcional de tarefas ou papéis entre pai e mãe em outros casais conhecidos. Consideraram que, nestes casos, o pai assume um papel apenas de recreador ou ajudante da mãe. Observam que a divisão de tarefas no cuidado é efetivamente determinada pelas necessidades do filho. Reconheceram a importância das suas presenças nas tarefas do dia a dia e na educação dos filhos. Tornaram-se presentes e participantes ativos na troca de fralda, vacinação, refeições e castigos, bem assim como do estabelecimento de limites, quanto nas situações agradáveis e brincadeiras.

A expectativa é de que sejam ampliadas as mudanças quanto a maior participação do homem no espaço familiar, porém é vista distante a divisão igualitária de responsabilidades. Para que os homens vivenciem a paternidade de modo equânime, e não apenas mais participativo, é preciso que homens e mulheres repensem seus atributos sociais em meio à complexidade dessa vivência, reconhecendo que a paternidade

constitui a oportunidade de os homens ampliarem suas dimensões internas e renovarem sua relação com a vida (FREITAS *et al.*, 2009).

### **3 OBJETIVO**

Compreender a experiência paterna no cuidado alimentar do filho nascido prematuro com muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Abordagem metodológica

Este estudo representa um recorte de uma pesquisa apoiada pelo CNPq (Edital N.º 14/2011), intitulada “Prematuridade e muito baixo peso ao nascer: avaliação das práticas alimentares e cuidados maternos pós-alta hospitalar, Nordeste do Brasil”.

A abordagem qualitativa foi adotada por sua correspondência com a intenção de compreender uma experiência. Para Minayo (2012a), a experiência é parte da matéria prima desta abordagem, e o verbo compreender é um dos que são base para análise. Esta considera a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que os agentes lhe atribuem. Por procurar entender a forma como as pessoas interpretam e conferem sentido as suas experiências e ao mundo em que vivem, e por compreender as relações, as visões e o julgamento dos vários agentes sobre a intervenção na qual participam, nessa perspectiva, suas vivências e reações fazem parte do estabelecimento da intervenção e de seus resultados (MINAYO *et al.*, 2005).

O interesse do pesquisador qualitativo volta-se para a busca do significado de fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos. Este significado tem papel organizador nos seres humanos. Dá molde à vida das pessoas. Em outro nível, os seus significados passam também a ser partilhados culturalmente, e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005).

A abordagem qualitativa abrange os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, fenômenos humanos constituintes da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e com origem na realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2012b).

O fenômeno em foco foi investigado e seu meio natural considerando o significado que as pessoas a ele conferem; a aproximação com opiniões e com diferentes representações do fenômeno estudado em um nível de realidade que não poderia ser quantificado. Para Bosi *et al.* (2011), as abordagens qualitativas e suas técnicas são mais adequadas a uma aproximação a objetos complexos que se transformam ao longo da

experiência e vão se constituindo conforme as percepções dos agentes sociais, o repertório e as possibilidades de representação presentes no contexto das relações sociais. Acredita-se que há uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes da pesquisa.

A metodologia qualitativa aplicada à saúde, de acordo com Turato (2005), emprega a concepção trazida das Ciências Humanas, onde não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

A experiência paterna buscada ancorou-se no conceito de Josso (2004), para quem as experiências são o que é possível utilizar a fim de ilustrar uma história para descrever uma transformação, um estado de coisas, um complexo afetivo, uma ideia, uma situação, um acontecimento, uma atividade ou um encontro. As experiências falam do que se aprendeu experiencialmente nas circunstâncias da vida. Uma vivência torna-se experiência quando é feito um trabalho reflexivo sobre o que se passou e a respeito do que foi observado, percebido e sentido. A experiência comporta as dimensões sensíveis, afetivas e conscienciais. Constitui um referencial que ajuda a avaliar uma situação, uma atividade, um acontecimento novo.

## **4.2 Cenário da pesquisa**

A cidade de Sobral foi o local de realização do estudo. Constitui a macrorregião de saúde para cinco células regionais de saúde, somando 55 municípios e em Célula Regional de Saúde para 24 municípios com uma população de 1.516.698 habitantes. Situa-se na região noroeste do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, com uma população de 188.233 habitantes, constituída por 13 distritos (CEARÁ, 2010).

Sobral é uma cidade modernizada, com destacado desenvolvimento econômico, que conta com indústrias. Importante realce é dado ao sistema educacional, dispondo de universidades públicas e privadas. Como polo macrorregional de atenção à saúde, conta com dois hospitais de atenção terciária: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sobral (ISCMS) instituição filantrópica conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e o Hospital Regional Norte (HRN), instituição pública pertencente ao SUS.

As duas unidades de atenção terciária dispõem de serviços de atenção materno-infantil com internação para gravidez de alto risco, realização de partos naturais e cesáreas, setor de Neonatologia com UCI e UTIN. O HRN dispõe de 10 leitos de UTIN, 30 leitos de UCIN e uma unidade obstétrica canguru, destinada à atenção os nascidos de BPN com nove leitos. A estadia contínua das mães junto aos seus filhos internados é proporcionada pelas duas unidades de saúde até a alta hospitalar. Na ISCMS, há a “Casa da Mamãe”, que se situa nas proximidades da maternidade, contando com profissionais de nível médio de enfermagem 24 horas, que dispensam cuidados às mães. No HRN o espaço dedicado às mães é denominado “Estar Materno”, situado no setor de atenção reprodutiva com 20 leitos. O profissionais de nível médio de Enfermagem da UCIN e UTIN junto as enfermeiras da obstetrícia canguru se responsabilizam pelo cuidado materno. Aos pais é dado acesso livre até às 21h, conforme norma institucional.

Os nascimentos PMT são demonstrados na tabela 1. A ocorrência do BPN na tabela 2, no período de 2006 a 2010.

Tabela 1- Nascimento prematuro, por ano de ocorrência e residência da mãe, segundo a duração da gestação, no Município de Sobral, no período: 2006-2011:

<b>Duração gestação</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
De 22 a 27 semanas	7	7	9	21	8	18
De 28 a 31 semanas	14	24	11	21	6	31
De 32 a 36 semanas	103	88	103	125	106	314
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>119</b>	<b>123</b>	<b>167</b>	<b>120</b>	<b>363</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Tabela 2- Nascimento de baixo peso, por ano de ocorrência e residência da mãe, segundo peso ao nascer, no Município de Sobral, no período: 2006-2011:

<b>Peso ao nascer</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
500 a 999g	16	9	15	27	11	16
1000 a 1499 g	22	30	16	38	14	8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>65</b>	<b>25</b>	<b>24</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Na década de 1990, a regulamentação do SUS no Brasil renovou a concepção de APS, baseada na universalidade, equidade e integralidade, bem como nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, passando a ser referida como Atenção Básica em Saúde (ABS), correspondendo às ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A ESF, traduzida na efetivação da ABS. Tornou-se prioritária e modelo substitutivo para organização da ABS. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal. A ABS deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

O território da ESF é onde as crianças nascidas PMT e com muito baixo vivenciam seu crescimento e desenvolvimento junto a sua família. É o lugar onde moram. Quando deixam o hospital são vinculados a um equipe ESF, local mais próximo do sistema de saúde, que dispensa cuidados básicos de saúde, puericultura e encaminhamentos quando necessário.

A ESF foi implantada em Sobral no ano 2000, constituindo amplo espaço de atenção à saúde. Há 31 CSF, 18 situados na zona urbana e 13 na zona rural. As Equipes da ESF totalizam 57, sendo que 41 atuam na zona urbana e 16 na zona rural. Os territórios estão divididos em quatro macroáreas de saúde. Os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) somam seis.

Silva (2003), ao investigar o impacto da implantação da ESF na saúde da criança em Sobral, de 1995 a 2002, evidenciou a redução da mortalidade infantil neonatal e pós-natal, com redução dos óbitos por doenças infectoparasitárias, diarreicas e do aparelho respiratório.

#### **4.3 Participantes da pesquisa**

Intencionalmente buscou-se a homogeneidade entre os informantes do estudo. Atributos definidos como essenciais, presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes amostrais (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008).

Participaram do estudo nove pais de crianças prematuras com MBP, nascidas nos anos de 2011 e 2012, em que Sobral foi o município de nascimento e, no momento da realização do estudo, residiam em territórios de cobertura pela ESF. Associado a estas características, utilizou-se como critério de inclusão o fato de pai coabitar com a mãe e a criança ter idade mínima de nove meses, que corresponde ao primeiros trimestre alimentação complementar.

O quantitativo de informantes foi determinado pelo alcance da suficiência de significados sobre o objeto estudado. Utilizou-se o princípio da saturação teórica, definido por Fontanella *et al.* (2011) como a interrupção da coleta de informações quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização desejada não são mais apreendidos no campo de observação, ou seja, no desaparecimento de novos enunciados, supõe-se que a realização de novas entrevistas não contribuirão de forma significativa ao adensamento teórico, por possibilitarem poucos elementos.

A apresentação do estudo à Coordenação da Atenção Básica o Município de Sobral ocorreu em agosto de 2013, que o encaminhou à Coordenação de Vigilância Epidemiológica, instância que disponibilizou os dados da base do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) referente aos nascimentos com peso < 1.500g, em que Sobral foi município de residência, nos anos de 2011 e 2012 e dados dos óbitos menores de um ano no mesmo período a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A autorização para adentrar nos Centros de Saúde da Família foi concedida nesta mesma ocasião.

A listagem fornecida do SINASC constava de 91 nascimentos. Os dados referiam-se à mãe e ao RN, distribuídos em 16 territórios da ESF, 13 eram de área urbana e três eram distritos da zona rural. Foi feito um cruzamento com as informações do SIM e identificou-se 48 óbitos, restando 43 crianças vivas. Para seis destas não havia informação de endereço.

De posse dos dados, foram feitas em setembro visita aos CSF que constavam nas informações. O contato inicial foi com a gerente de cada unidade de saúde. Ocasão em que apresentou-se a pretensão do estudo e os dados do SINASC em que o território da ESF estava como endereço de residência. Procedeu-se a apresentação e vinculação à equipe da ESF da área de residência da criança. O agente comunitário de saúde (ACS) responsável por acompanhar a família do RN PMT foi quem se fez companhia na primeira

visita a cada domicílio. Supunha-se que o elo do ACS com a família propiciaria maior receptividade da pesquisadora.

Em três CSF, recebeu-se convite da gerência para participar de uma reunião de ocorrência semanal denominada “Roda da Saúde”. Instituiu-se no sistema de saúde de Sobral que todos os profissionais da ESF e CSF, às quintas-feiras à tarde, realizam este momento em que se discute, planeja e reorienta o processo de trabalho. Neste espaço, concebido como uma ferramenta de gestão, a proposta do estudo foi explanada e programou-se sua execução.

No primeiro contato com a ACS era confirmada a presença da criança na área e a composição da família com quem vivia. Consistia em uma sondagem do convívio com o pai, critério de elegibilidade. Agendava-se a primeira visita ao domicílio em conformidade com a disponibilidade da ACS.

Registre-se a empatia dos ACS com a proposta do estudo, aceitabilidade, abertura e disponibilidade para contribuir. Houve demora em visitar alguns domicílios por dificuldade de conciliação da visita com o cronograma de atividade mensal em cumprimento. Em algumas ocasiões, a ACS não compareceu conforme agendado, mas justificativas foram dadas a cada ocorrência e foi reiterado o compromisso conseguindo-se chegar aos domicílios.

Na primeira visita, o contato foi com a mãe e a criança. Dentre os nove participantes apenas dois estavam no domicílio nesta ocasião. Em um diálogo, levantavam-se com as mães as informações sobre a gravidez, parto e condições de nascimento do filho. Todas foram receptivas e comunicativas. Ao término do diálogo, concederam seu contato telefônico e se prontificaram a repassar proposta para que o companheiro recebesse a pesquisadora posteriormente. A informação referente ao retorno era dada via telefone, assinalando dia e hora do novo comparecimento. O primeiro contato com cada pai teve um diálogo sobre as proposições do estudo, como suas contribuições poderiam ser dadas e a resposta de aceite à participação. Foi dada a oportunidade aos pais de marcarem dia e hora para a entrevista de acordo com sua disponibilidade. Dois deles agendaram um segundo encontro; os outros sete fizeram ao primeiro contato. Em duas visitas agendadas os pais não esperaram no domicílio sendo reagendadas. Não houve recusas à participação.

Buscou-se a identificação das mães em que a listagem do SINASC não discriminava endereço (seis). Foi entregue em todos os 16 territórios em que ocorreram os nascimentos PMT de baixo peso uma via da listagem para busca dentro a população assistida na unidade de saúde. Fez-se encontro com as ACS. Pesquisou-se nos registros de acompanhamento pré-natal e não foi identificada a presença das mães e crianças nos territórios. Supôs-se que eram mulheres residentes em Sobral, mas que fizeram o seguimento da gestação em unidades privadas sem estabelecer vínculo com a ESF.

Dos 16 CSF listados, 15 foram visitados. Os participantes do estudo distribuíram-se em sete territórios. Abaixo documenta-se os territórios em que as crianças prematuras constavam ao nascer, com assinalamento dos motivos de exclusão e dos locais em que os informantes foram contatados:

1. Aprazível (CSF rural) - o peso ao nascer no banco do SINASC, divergia das informações em registros da família. Foi excluído.
2. Betânia- mudança de endereço pela família. Foi excluído.
3. Caic- realizou-se três entrevistas.
4. Coelce- realizou-se uma entrevista.
5. Dom Expedito- realizou-se uma entrevista.
6. Expectativa- pais encontravam-se acompanhando um dos filhos em internação hospitalar prolongada/ excluído.
7. Jordão (CSF rural) - dificuldade de agendamento com ACS. Foi excluído.
8. Junco- realizou-se uma entrevista.
9. Padre Palhano- pai não coabitava com o filho. Foi excluído.
10. Patos (CSF rural) - não foi visitado.
11. Pedrinhas- mudança de endereço pela família. Foi excluído.
12. Recanto- família não localizada pela equipe da ESF. Foi excluído.
13. Sinhá Sabóia- realizou-se uma entrevista.
14. Tamarindo- criança prematura não residia com o pai. Este não coabitava com a mãe e encontrava-se inserido no sistema prisional. Foi excluído.
15. Terrenos Novos- realizou-se uma entrevista.
16. Vila União- realizou-se uma entrevista.

#### 4.4 Entrevistas

Para que o entrevistado aprofundasse os significados e o sentido de como o tema é expresso para ele, foi adotada a entrevista semiestruturada, combinando perguntas abertas e fechadas, sem que o entrevistado se prendesse à indagação formulada (MINAYO, 2010) (APÊNDICE A).

A entrevista constitui a técnica escolhida, por ser uma forma de interação social; uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador (MINAYO, 2012c). A forma de interação propiciada ao pesquisador e ao interlocutor pela entrevista é singular. As informações, estórias e opiniões são profundamente influenciados pelo tipo de relação que se estabelece entre ambos. Na interação em um ambiente de confiança e empatia, os entrevistados podem permitir o acesso a informações muito importantes, geralmente interditas aos interlocutores usuais (DESLANDES, 2005).

O fenômeno interpretado demandou informações primárias (que se referem diretamente ao entrevistado) e reflexão do próprio sujeito sobre a realidade e a subjetividade. A contribuição de cada pai foi imprescindível para que os resultados fossem atingidos. Tocou-se na representação da realidade, ideias, crenças, maneiras de atuar, pensar e sentir, opiniões, sentimentos, condutas, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2010).

As entrevistas tiveram início em outubro e finalizaram em novembro. Foram realizadas no domicílio de cada pai, conforme combinação prévia. O ambiente para o estabelecimento desse diálogo, que tem uma finalidade, deve ser favorável à técnica selecionada. Estímulos externos podem provocar distração e dispersão (HOFFMANN; OLIVEIRA, 2009).

Todos os pais exerciam trabalho com dois turnos fora do domicílio, alguns encontros foram noturnos. Outros preferiram em finais de semana, na folga trabalhista. Foram atendidos prontamente quanto a escolha do momento adequado pela disponibilidade exigida dos sujeitos em uma conversa com aprofundamentos. O respeito a sua disponibilidade tinha por intenção preservar o foco dessa interação, que é a troca de

ideias e significados, em que várias realidades e percepções serão exploradas e desenvolvidas (GASKELL, 2008).

Em todas as conversas fizeram-se presentes a mãe e a criança prematura de MBP. Não houve intromissão das mães durante o diálogo. Os pais recorriam a informações sobre a cronologia dos eventos ou solicitavam confirmação do que falavam, porém havia uma atitude de discrição e silêncio por parte das mulheres, que foi assumida sem um acordo prévio. Algumas perguntavam se podiam responder quando o companheiro recorria e foi consentido por serem confirmações curtas de respostas já apresentadas que não alterariam os enunciados em questão.

A criança locomovia-se entre pai, mãe e pesquisadora. Brinquedos espalhados no ambiente. Quando se aproximava era acalentada no colo pelo pai que manifestava muito carinho.

Quando os pais se recordavam da imagem da criança ao nascer expressavam muita emoção. Um casal de pais chorou pelo tempo que durou a abordagem do nascimento prematuro. O pai, especificamente não exibiu constrangimento e não se esforçava para conter as lágrimas. Outros dois pais lacrimejaram no mesmo momento da entrevista. Um deles não queria continuar a entrevista porque não se permitia chorar se vendo fazê-lo, porém lhe foi dada ciência de ficar à vontade e prosseguiu-se com silêncio, retomando a entrevista sem entraves.

Procedeu-se o uso de um gravador de voz com aceitação por todos sem contestação. Foi justificado antecipadamente como ajuda à memória e registro da conversação para análise posterior. A concentração do entrevistador pode voltar-se para os detalhes que permearam o contexto da entrevista (GASKELL, 2008). Percebeu-se que não foi atribuída importância ao gravador que estava na cena. Os pais falavam livremente sem aparentar constrangimento.

#### **4.5 Análise e interpretação das informações**

A análise do discurso foi aplicada às entrevistas transcritas, por corresponder à abordagem do estudo e sintonizar-se com o referencial teórico que busca a compreensão da experiência paterna. O discurso propiciará essa aproximação.

Esta análise trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido. Vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Realiza uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão do significado de textos. Os sentidos das expressões apreendidas correspondem a posições ideológicas pautadas no processo histórico em que se produzem as formas de relação, por considerar o discurso importante na constituição da vida social. Isto conduz à criação de um ponto de vista próprio de olhar a linguagem, porquanto o texto é a unidade de análise em que se observa o fenômeno da linguagem (MINAYO, 2010).

Interroga os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação. Trabalha com o sentido que não é traduzido, mas produzido. Constitui-se de ideologia, história e linguagem. A análise do discurso traz sentidos pré-constituídos que são ecos da memória do dizer, o interdiscurso, a memória coletiva constituída socialmente; o sujeito tem a ilusão de ser dono do seu discurso e de ter controle sobre ele, sem perceber que está dentro de um contínuo, porque todo o discurso já foi dito (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Ao término de cada entrevista procedia-se a escuta repetidas vezes para aproximação e entendimento do discurso, impregnação das informações e apreensão dos significados. Do total de nove entrevistas quatro foram transcritas pela pesquisadora e cinco foram por um profissional contratado por limitações da pesquisadora em transcrever todo o material. Preservou-se a originalidade das falas para composição da fase descritiva. Cada entrevista foi nomeada com a palavra pai e numerada em consonância com a ordem da coleta, para identificação do autor da fala; simultâneo, a garantia do anonimato.

Os discursos transcritos foram lidos repetidamente. A proposição do objetivo do estudo era verificada na sucessão de leituras. Os temas foram organizados em categorias (QUADRO 1) conforme homogeneidade das falas para dar objetividade à análise (MINAYO, 2010). Procedeu-se com análise e discussão, considerando o objetivo e o referencial teórico do objeto estudado.

Quadro 1- Eixos de categorização dos discursos

<b>CATEGORIA CENTRAL</b>	<b>CATEGORIA EMPÍRICA</b>
<b>VIVÊNCIA PATERNA COM O FILHO NASCIDO PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO</b>	Fragilidade e cuidado à aproximação com o filho
	Desafios do início da nutrição e alimentação
	Conhecimento sobre aleitamento materno
	Pai reconhecedor da importância do leite materno para o filho
	Partilha das dificuldades da companheira na amamentação
	Sentimentos paternos no seguimento da recuperação nutricional
<b>TRANSIÇÃO DA AMAMENTAÇÃO PARA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR</b>	Transição da amamentação para alimentação complementar
	Introdução de novos alimentos: dúvidas e expectativas
	Provisão do melhor alimento para o filho: responsabilidade e cuidado
	Promoção a alimentação saudável
	Custo alimentar: “se é pro bem do meu filho não é caro”
	Entrelaçamento paterno no cotidiano do filho

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.6 Aspectos éticos

A pesquisa pode revelar-se um lugar de realização pessoal e fortalecimento do aprendizado, bem como um poderoso instrumento de transformação, voltado para a criação de sujeitos protagonistas de seu aprendizado e da produção de conhecimento. A escolha de um tema ou objeto de estudo está relacionada a uma trajetória de vida singular, em que, a todo o momento, o pesquisador deve se perguntar como compatibilizar a constituição da atitude ética em relação aos pesquisados, com seus desejos, sonhos, curiosidades e expectativas (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012).

O participante da pesquisa falou de si e de acontecimentos recordados. Os princípios do consentimento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE – APÊNDICE B) e da autonomia foram fielmente mantidos. Previamente ao início da entrevista, o TCLE foi lido e explicado, seguido da disponibilidade da pesquisadora para atender as dúvidas que pudessem existir e disponibilizado ao fim da entrevista o Termo de Consentimento Pós-Informado (APÊNDICE C).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFC, com registro CAAE n.º: 14489113.9.0000.5054 sob Parecer n.º: 422.083 (ANEXO A). Houve o cuidado contínuo para que o trabalho de campo fosse feito na segurança, em não propor mal e alterar o bem-estar do participante e da sociedade. As proposições da Resolução CNS nº 466, 12 de dezembro de 2012 fundamentaram todas as etapas deste estudo (BRASIL, 2012a).

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Quadro 2- Caracterização dos participantes do estudo

	IDADE	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	OCUPAÇÃO DA COMPANHEIRA	RENDA	SEXO FILHO/ IDADE	IG/ PESO DO FILHO AO NASCER
<b>PAI 01</b>	31 anos	Designer gráfico	Ensino Médio	Católico	Do lar	R\$ 4.000,00	Feminino 21/04/12 1 a 6 m	IG:30 semanas 1.470g
<b>PAI 02</b>	32 anos	Eletricista	Ensino Médio	Católico	Do lar	R\$ 1.400,00	Feminino 23/08/12 1 a 2 m	IG:32 semanas 880 g
<b>PAI 03</b>	26 anos	Mecânico	Ensino Fundamental	Católico	Do lar	R\$ 724,00	Masculino 27/11/12 11 meses	IG: 34 semanas 1.480g
<b>PAI 04</b>	35 anos	Vigia escolar	Ensino Médio	Católico	Camareira	R\$ 1.500,00	Masculino 19/08/12 1 a 2m	IG: 33 semanas 1.360g
<b>PAI 05</b>	31 anos	Operário (Fábrica de calçados)	Ensino Médio	Católico	Operária (Fábrica de calçados)	R\$ 1.448,00	Masculino 25/03/12 1 a 7m	IG: 30 semanas semanas 1.270g
<b>PAI 06</b>	33 anos	Inspetor de qualidade (Fábrica de calçados)	Ensino Médio	Evangélico	Do lar	R\$ 1.920,00	Feminino 17/04/12 1 a 7m	IG: 28 semanas semanas 860g
<b>PAI 07</b>	43 anos	Motorista	Ensino Médio	Católico	Operária (Fábrica de calçados)	R\$ 1.448,00	Feminino 23/11/12 1 a 11m	IG:36 semanas  1.130g
<b>PAI 08</b>	29 anos	Vigia	Ensino Médio	Católico	Do lar	R\$ 1.200,00	Masculino 20/12/11 1 a 11m	IG:33 semanas  1.340g
<b>PAI 09</b>	35 anos	Pedreiro	Ensino Fundamental Incompleto	Católico	Do lar Beneficiária do Bolsa Família	R\$ 1.000,00	Feminino 23/11/12 1 ano	IG:30 semanas  1.130g

Fonte: elaborado pela autora

A faixa etária dos pais ficou compreendida entre 26 a 43 anos. A média de idade foi 32.7 anos. Todos residiam em zona urbana, apenas três não moravam em áreas consideradas mais pobres e periféricas. No que concerne a ESF, a residência de seis destes pais localizava-se em área de risco. Todos mantinham vida conjugal. Dois deles representavam o segundo companheiro da mulher com quem viviam. Apenas um era evangélico. Porém os católicos fizeram a ressalva de não serem praticantes da religião. A

escolaridade máxima declarada foi o ensino médio, dois só cursaram o ensino fundamental. Em correspondência a isto, o exercício de funções trabalhistas que não exigem qualificação foi comum a oito participantes. A renda familiar maior que dois salários mínimos foi atributo de apenas dois pais.

A função de provedor exclusivo do lar, sem que a companheira exercesse atividade remunerada é vivenciada por seis pais. Uma das companheiras camareira e duas são operárias de fábrica de calçados. Apenas uma é beneficiária do Programa do Governo Bolsa Família. A experiência da paternidade pela primeira vez exclui apenas um participante (PAI 01), porém dois pais (PAI 02 e 05) sofreram a perda de filho prematuro em gestação anterior em idade neonatal. A responsabilidade por filhos provenientes de outras relações da parceira foi assumida por dois pais (PAI 06 e 09), mas estes se autodeclararam pais de primogênito.

Pontes, Alexandrino e Osório (2008) realizaram um estudo sobre o envolvimento paterno na amamentação, em Pernambuco-Recife, com 17 casais de pais residentes em uma favela com cobertura pela ESF. A faixa etária dos homens ficou compreendida entre 19 a 46 anos, sendo que a 15 deles exercia o papel de provedor financeiro. Quanto à escolaridade predominou para os homens, o ensino médio incompleto. As informações sobre a condição de mantenedor financeiro e a escolaridade correspondem aos achados deste estudo.

O extremo baixo peso ocorreu para os filhos de dois pais (PAI 02 e 06). A IG ao nascer apontou prematuridade grave e moderada. Os filhos dos pais 01,05 e 06 não dispunham da IG no SINASC, a informação foi fornecida pelos pais (QUADRO 2).

Residir em áreas de concentração de pobreza, denominadas de risco para o setor saúde, ter pouca escolaridade, baixa renda e ser provedor único da família consolida o perfil da maioria destes pais. Remete-nos a vários questionamentos sobre o contexto de vida e saúde destas famílias a exemplo: efetividade da atenção pré-natal dispensada às mães destes nascidos prematuros na gestação, condição de alimentar o filho adequadamente e com qualidade no início da vida, acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, respostas às necessidades de saúde apresentadas por estas crianças, segurança de um acompanhamento qualificado aos filhos que têm uma condição de vulnerabilidade desde o nascimento, disponibilidade e entendimento de informações para práticas saudáveis.

## 5.2 Vivência paterna com o filho nascido prematuro de muito baixo peso

Este tema traz a abordagem dos elementos que compuseram os discursos paternos, contextualizando sua aproximação com o filho prematuro de MBP e as vivências desafiadoras da alimentação no início da vida.

### 5.2.1 Fragilidade e cuidado à aproximação com o filho

O nascimento prematuro representa a vinda de um ser com capacidade funcional prejudicada para a adaptação extrauterina. Geralmente, eles nascem com MBP, e em condições que comprometem sua sobrevivência. A internação em UTIN, a separação precoce dos pais, a insegurança e o receio de tocar no filho, o sentimento de frustração em virtude da projeção de ter um filho dentro dos padrões de normalidade, como é sonhado e vivenciado por a maioria dos casais, colaboram para o prejuízo do vínculo afetivo. A experiência anterior de ser pai de um filho a termo faz com que um pai recorde ter colocado mais precocemente nos braços, em comparação ao bebê que nasceu prematuro:

Todo tempo muito cuidado, muito frágil e... eu tava até...se bem que na experiência do outro, eu acho que eu demorei pegar mais do que ela, porque eu tava mais acostumado, e eu já peguei ela mesmo desde pequenininha. Mas assim com relação o peso era a fragilidade mesmo e aos cuidado que ela merecia (**PAI 01**).

A necessidade de cuidado é percebida, destacada e maximizada, é inversamente proporcional à condição física do RN no olhar dos pais. Durante a visita à UTIN, os pais são surpreendidos por um estado inicial de choque, provocado, a princípio, pelo nascimento inesperado de um bebê em condições adversas, e, depois, pelo confronto com uma realidade diferente da idealizada, traduzida por um RN de aspecto frágil e com necessidade de cuidados especiais (SCHMIDT *et al.*,2012).

A percepção do filho frágil distancia os pais da situação imaginada para a chegada do filho e os aproxima do medo da perda do filho. O ambiente da UTIN com seu aparato tecnológico, que traduz o investimento para a sobrevivência do RN, em relação com os procedimentos complexos produz insegurança e medo:

Tinha ouvido falar já. Que nasciam com pouco peso, mas só que nunca tinha visto assim não. Preocupação de sei lá rapaz, dele não suportar por ser pequenininho. Eu via tanto aparelho nele e eu ficava preocupado, o peso dele pouco. Uma coisa, sei lá, é difícil. Teve um dia que eu cheguei lá e ela (esposa) disse que tinha piorado...tava toda preocupada. **(PAI 03)**.

A possibilidade de que o filho não suporte o início da vida com a prematuridade e o BPN anuncia a força do medo da morte como importante preocupação dos pais. Para Carvalho *et al.* (2009) a morte é temida por todo ser humano, em especial pelos pais, que comumente não aceitam que seus filhos morram antes deles.

Na população neonatal, os RN PMT e de MBP representam os grupos mais vulneráveis ao óbito. São os que mais contribuem para a elevada mortalidade no período (CARNEIRO *et al.*, 2012).

Fontoura *et al.* (2011) em estudo com pais de PMT em Fortaleza, mostraram que alguns participantes associaram a prematuridade e a UTIN ao risco de morte durante o internamento do filho. A permanência na UTIN necessária para adaptação do RN no ambiente extra-uterino inspira insegurança aos pais pela expectativa do agravo do filho.

Para Santos *et al.* (2012) a interpretação do ambiente como estranho que, muitas vezes, é tido como sombrio por lembrar a morte, justifica o significado que é atribuído pelos familiares. Carvalho *et al.* (2009) assinalam que há peculiaridades que levam os pais a um estado de insegurança, como a definição social atribuída aos setores de terapia intensiva, em que o paciente vai em um estado crítico de saúde, tornando-se adverso para os pais. A complexidade do espaço faz com que sobreviver e morrer permeie o imaginário das famílias.

A constituição física do RN PMT de MBPN é muito forte para os pais. Rompe com a chegada planejada e a imagem projetada antes do nascimento:

Eu olhei assim e muito magro, aí sempre o vô dele falava que era muita peinha e que ficava gordo, aí eu me admirei, ele é muito magrinho, pequenininho. **(PAI 05)**.

É válido destacar o apoio familiar na pessoa do avô e a crença de que haveria recuperação nutricional no futuro. A rede de apoio é imprescindível enquanto os pais passam por este momento. Quanto menor o peso de nascimento do RN, maior é sua vulnerabilidade decorrente da imaturidade dos órgãos e sistemas, e da necessidade de

maiores intervenções sobre o neonato, incrementando o risco de desfechos negativos (CARNEIRO *et al.*, 2012).

A relação entre o nascimento antecipado e baixo peso não era conhecida pelos pais. O peso como um fator de comprometimento à saúde e à vida foi uma novidade que acompanhou o filho. No contexto dos profissionais de saúde, as implicações do BPN dispõem de muitas evidências científicas, mas, para os pais, foi inédito até terem um filho nesta condição:

O peso eu me admirei um menino daquele tamanho ter um peso daquele um quilo duzentos e setenta. Só ouvi o pessoal falar só de quem nasce de sete mês, mas sobre o peso não ouvi falar não. (**PAI 05**).

O peso ao nascer é um parâmetro usado para avaliar as condições de saúde do RN. É um alerta para a morbimortalidade. O BPN é um fator de risco para complicações neonatais e é considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida (TOURINHO; REIS, 2013). O desconhecimento, por parte dos pais, da representatividade do BPN como condicionante de vida e saúde do RN não os privou de vivenciarem dúvidas e angústias nos momentos iniciais de enfrentamento deste evento:

Não, nunca ouvi falar não. Eu só ouvi falar quando a minha filha nasceu. O que me explicaram? Quem me explicou foi a minha esposa. Que ela tinha nascido com o pesozinho fora do normal. Então eu, a minha preocupação mais era o que podia ocasionar isso nela (filha). Só isso. Porque eu conversava mais com ela (esposa), nem conversava com a doutora nem nada. Ela que me passava tudo. (**PAI 07**).

O tamanho visualizado e o estado nutricional revelando a imaturidade do RN ao nascer, provocou nos pais um estado de admiração e perplexidade:

Do peso que ela nasceu eu nem tinha ouvido falar ainda. Eu achei que, eu achei muito pequeno, eu achei meu Deus, essa criança nasceu tão pequena desse jeito? E a gente fica, sei lá o que é que passava pela minha cabeça, aquela agoniação. (**PAI 09**).

O encontro e a partilha entre pais no ambiente hospitalar que não dispunham de conhecimentos sobre o BPN demonstravam a comunhão da percepção de que era complicado e que necessitava de superação:

Ouvi falar pela televisão, que aí foi o tempo que eu conheci aqui o meu vizinho, aqui também, que eu vi a meninazinha dele, e aí também a gente já se encontrava nos corredores. A gente andava muito ali naquela igrejinha dentro do hospital, se encontrava muito ali e ficava dando força um pro outro. Mas a gente ouvia falar que é complicado criança que não nasce com o peso ideal pra recuperar o peso. É complicado, as dietas que eles passavam lá pro meu filho. **(PAI 08)**.

Um momento de crise é proporcionado para a família no nascimento prematuro. É um período limitado de desequilíbrio e de confusão, pode tornar os pais temporariamente incapazes de responder adequadamente. Eles buscarão assumir o problema e desenvolver novos recursos, fazendo uso de suas reservas internas e da ajuda da equipe, família e rede de apoio para voltar a um estado de equilíbrio (BRASIL, 2013).

Custódio, Crepaldi e Linhares (2014) enfatizam o apoio social advindo das redes como especialmente fundamental durante os períodos de transição e de mudanças, dentre os quais consta o nascimento de um filho PMT. Constata-se a importância de a organização de programas de intervenção e de acompanhamento a essas crianças e suas famílias incluírem esse tipo de apoio.

Uma ação informativa por profissionais de saúde atuantes junto aos filhos em acompanhamento pelos pais, o que poderá eliminar ou reduzir as dúvidas, mas também minimizar a ansiedade e o sofrimento gerados na complexidade da hospitalização. Chiodi *et al.*, (2012) recomendam que sejam dispensadas informações detalhadas quando se trata de prematuridade para que os pais alcancem a compreensão.

As necessidades dos pais relativas à informação sobre os seus filhos e aos cuidados práticos, geralmente, são maiores do que as das mães. Alguns deles, ou a maioria, não têm experiência prévia e não possuem um modelo estabelecido para o exercício de paternidade participante (SANTOS *et al.*, 2012).

### **5.2.2 Desafios do início da nutrição e alimentação**

A vivência paterna das primeiras alimentações do filho não se inaugura sem dificuldade. No recordatório dos pais há o assinalamento da restrição à oferta de nutrientes ao filho nos primeiros dias de vida:

Não tava aceitando a alimentação. Passou uns dias sem aceitar alimentação. Eles dava acho que soro, uma coisinha assim, vitamina... Eu perguntava. Disseram que era vitamina que dava no soro. **(PAI 03)**.

Não há precisão sobre que nutrientes eram ofertados. A dúvida em torno das alimentações do filho realça uma lacuna na comunicação entre os profissionais que cuidavam do bebê e o pai que se fazia presente no acompanhamento da internação. O uso de vitaminas que o pai supõe ter sido feito, explica-se pela menor reserva de nutrientes do RN PMT, que pode ser diminuída em casos de infecção e nutrição inadequada, o que leva a necessidades de suplementação de nutrientes nesta população (LOPEZ, SILVA, 2012).

O leite materno como alimento ideal desde a primeira hora de vida do RN não teve a oferta iniciada logo após o nascimento:

Antes eles deram soro pra poder limpar, aí depois que ele começou a se alimentar com o leite. **(PAI 05)**.

Os termos trazidos nesta fala, sinalizam o pouco entendimento paterno sobre os entraves da alimentação inicial do prematuro. O baixo volume ofertado inicialmente e sua aceitação assumem-se pontos de preocupação, constituindo-se em vigilância paterna diariamente:

Logo no começo passou muitos dias só no sorinho, porque não podia dar outra coisa, o leite lá. E quando começou a passar a dieta era um ml. Todas às vezes que eu entrava lá era a minha preocupação, ligava para minha esposa e dizia: quando você for lá hoje, você pergunte a eles pra saber se ele aceitou. **(PAI 08)**.

Havia uma partilha do pai e da mãe com as restrições alimentares. O baixo volume ofertado tinha companhia da expectativa de que fosse ingerido, digerido e promovesse a boa nutrição. A oferta de um ml de leite faz alusão à dieta enteral mínima, também denominada trófica.

Askin (2011) descreve que pequenas quantidades de 0,1 a 4 ml/kg de alimento em RN PMT com estabilidade metabólica servem para estimular o trato gastrointestinal prevenindo a atrofia da mucosa e posteriores dificuldades nutricionais. A nutrição enteral precoce em neonatos de MBP está associada à incidência reduzida de sepse, melhor

tolerância ao leite, crescimento pós-natal e internação hospitalar mais curta (ARNON *et al.*, 2013).

O aumento do volume alimentar era associado ao ganho de peso, desenvolvimento e superação da imaturidade fisiológica. Sinalizava melhora, rebaixamento dos níveis de tensão e a proximidade da ida do filho para casa, o que era desfrutado com alegria:

Ah pra mim era, cada vez que eu recebia uma notícia dessa que aumentava um ml eu ficava mais alegre do que só dias anteriores. Cada dia aumentando a alegria. Ela tava se desenvolvendo. E assim, algo que não é pra eu me preocupar em termo de coisas piores e que ela ia ganhar o pesozinho ideal, passar poucos dias lá e receber alta e compartilhar a alegria em casa. (PAI 06).

O foco na oferta e aceitação do alimento demonstra o *status* de importância creditado à nutrição para a vida e a melhoria da saúde do filho, uma resposta de sua vinculação com o RN. O sentimento de alegria sobrepondo a preocupação concomitante ao aumento do volume alimentar é um dos marcadores de sua participação. O contato precoce pai-bebê é importante para a liberação destes comportamentos. A formação do vínculo paterno pode se dar em compasso diferente da materna e a natureza de sua interação é diferente (WHEELER, 2011).

O suporte nutricional precoce de prematuros é essencial para melhorar a sobrevivência. É preconizado o uso de nutrição parenteral e de dieta enteral mínima (VALETE *et al.*, 2009). Há a necessidade de oferta de uma quantidade generosa de nutrientes ao RN PMT, que podem não alcançar totalmente as necessidades diárias ou exceder as limitações inerentes à sua imaturidade e às doenças decorrentes dessa condição (CAMELO JUNIOR, 2005).

Os neonatos de menos de 34 semanas de gestação, normalmente, não apresentam coordenação efetiva de sucção/deglutição/respiração para sustentar as alimentações orais, sendo alimentados por sonda, até que possam coordenar as três funções (ARAÚJO; REIS, 2012; MOREIRA; ROCHA, 2004). Para Askin (2011) é uma forma segura de suprir as necessidades nutricionais do RN incapaz de se alimentar por via oral.

Na presença da dificuldade de iniciar a alimentação por via oral, os pais têm contato com oferta alimentar por meio de sondas:

Ela teve alta logo (esposa) porque ela (filha) era muito pequena e não pegava peito ainda. Aí teve aqueles processos todo de ficar com a sondinha pra colocar o excesso, teve a questão da foto (fototerapia), dos banho de luz. Ela só foi tomar leite eu acho que na última semana que foi pra ela sair? (recorre a esposa na cena da entrevista)... Eu cheguei até a ver algumas vezes ela tomando leitinho dos potim, era do banco de mama (BLH). **(PAI 01)**.

O desconhecimento desta via de alimentação necessitou de explicação dos profissionais de saúde para que alguns pais entendessem:

Acompanhei só uma vez que eu fiquei pra ver realmente ela alimentar ele... Ela injetou na sondazinha. Eu não entendia, é porque ela me explicou. **(PAI 04)**.

A imprecisão do que se constituiu a alimentação inicial do filho e dúvidas sobre a função da sonda marcou o acompanhamento dos pais:

Acho que foi depois de muitos dias... Mas depois tipo um saquinho, que ela disse que ela já tava tomando não sei nem o que era. Eu sei que eu via direto aquela mangueirinha que a primeira disse que era pra fazer a limpeza. E depois, aí eu percebi o negócio e uma disse que era o alimento que ela tava tomando, não sei o que era o negócio que era pra alimentar ela. **(PAI 09)**.

A menção de que o RN “estava tomando um saquinho” fez com que se inferisse tratar-se de nutrição parenteral total (NPT). Após nascer há queda na concentração de alguns aminoácidos no plasma do RN, caracterizando um choque metabólico. Introduzir a alimentação parenteral nas primeiras 24 horas de vida deve ser a meta a ser atingida, mas nem sempre isso é tecnicamente possível (BRASIL, 2011a).

Camelo Junior (2005) aponta que, quando o bebê nasce em unidades de saúde com melhores recursos para a atenção perinatal, em que existe uma rotina escrita, com abordagem nutricional mais agressiva, início da NPT nas primeiras 48 horas de vida, dieta enteral precoce, uso de leite materno com suplementos ou aditivos e monitoramento mais estrito do ganho ponderal é, reduzido o risco de desnutrição. É indicado por Askin (2011) que a NPT seja mantida até que o RN seja capaz de tolerar uma quantidade de alimentação enteral que sustente seu crescimento.

A familiarização com os procedimentos de rotina voltados para o RN PMT não se deu de forma simples. Mesmo quando já sabendo como sucede a alimentação por

sonda, alguns pais se recusavam a presenciar o momento em que o alimento era oferecido:

Era muito difícil o dia que eu tava lá que eles iam dar leite. Porque eu mesmo fazia questão de não ver, porque botavam naquela sonda e o menino assim tipo que se mexia...injetando uma coisa dentro da gente direto, diretamente sem mastigar e tudo... Mas sempre eu perguntava se ele tinha aceitado mais ou menos a quantidade de leite. Eles diziam que não era só o leite não, tinha outros negócio lá que injetavam nele. **(PAI 08)**.

O alimento injetado diretamente no estômago por meio de sonda, alterando o processo de ingestão, foi considerado antinatural. O momento da retirada da sonda foi desejado pelos pais e interpretado como positivo:

Em cada dia era uma evoluçãozinha assim, e ela se mostra, aí todo dia eu perguntava se ela tava se mostrando melhora, se ela tinha feito alguma outra coisa e tudo. E graças a Deus cada dia era a evolução. Teve um certo momento que ela tava incomodada com a sondazinha na garganta deu umas duas tossidas e soltou a sonda. Eu: olha ela não quer mais essa sonda na boca dela não. **(PAI 01)**.

Uma série de eventos considerados como normais e previsíveis para a equipe de saúde quando o bebê esta apresentando melhoras, às vezes, é causa de ansiedade e temor para os pais, como, por exemplo, sua luta contra a sonda (BRASIL, 2013).

Quando, entretanto, os pais se familiarizavam com a via de alimentação do filho sua atenção voltava-se para a aceitação. O ato de acompanhar a oferta do alimento integrou a rotina de visita:

Iniciou na sonda. Elas colocavam numa seringa e depois colocava aos pouquinhos na sonda. Eu acompanhava. Eu costumava perguntar que hora era a hora da alimentação dela, da refeiçãozinha, que elas chamavam refeição. Aí eu tentava chegar antes pra eu acompanhar. Ah era um momento de felicidade, quando eu chegava lá que ela aceitava tudo eu ficava alegre. Agora tinha vez que ela não queria. Aí algumas enfermeiras dizia que não sabia porque era, porque já fazia um bom tempo que ela tinha se alimentado. Aí a gente voltava a preocupação de novo. **(PAI 06)**.

Melo (2010) realizou um estudo qualitativo com 11 mães de RNPM de MBP, no ano de 2009, com mães egressas da internação em UTIN de uma maternidade, em Fortaleza-CE. A experiência em alimentar o filho por sonda durante a internação para estas mulheres foi experienciada como prazerosa na perspectiva de interação com o filho,

uma oportunidade para ficar junto. Para algumas mães, além de poder alimentar o filho, a ordenha estava integrada na rotina.

Outra prática vivenciada pelos pais foi alimentação ofertada em copo:

Era dado num copinho. Tinha um copinho, e dava no copinho e botava aquelas gazes pra ela poder chupar o leite. Eu vi muitas vezes ela dando. Às vezes eu saía de lá à tarde, às vezes eu dava até uma enganada no vigia, eu ficava lá até ela tomar o leite dela todinho. Só saía quando ela tomava aquele leitinho. O começo eu não me recordo, mas no final, ela já tava pertinho de sair e ela já tava tomando setenta e alguma coisa, setenta e cinco ml, uma coisa assim. Ou era sessenta, não sei. No final. **(PAI 09)**.

A orientação de que seja oferecido leite materno ordenhado em copo, como complementação da alimentação natural às crianças impossibilitadas de receber alimentação no seio materno, deve-se ao fato de que uso de mamadeiras e chupetas poderia provocar a “confusão de bico” (gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira), dificultando o aleitamento materno (LOPEZ; SILVA, 2012).

O uso de gaze no auxílio à sucção foi evidenciado no estudo de Melo, L. *et al.* (2013, p. 516), como prática constante nos relatos maternos, inclusive embebida de leite. Os autores ressaltam que a prática é utilizada com a justificativa de estimular a sucção, sem a exposição de evidências científicas.

Quando o pai fala que “dava uma enganada no vigia” é o relato da restrição do espaço paterno durante a internação do filho com horário fixado para visita. Para acompanhar o momento da alimentação havia a necessidade de driblar a vigilância. Isto remete a se pensar como a garantia de participação de cuidado de fato é efetivada nos serviços de saúde. Sua responsabilidade no cuidado não atingiu o *status* hegemônico materno de cuidadora, porém não pode ser negada sua importância como cuidador.

Frota *et al.* (2013) assinalam que o modelo assistencial tradicional na UTIN passou e passa por modificações em relação ao cuidado centrado no RN PMT, destinando espaço para os pais e incorporando novas medidas para humanizar o serviço como permitir o livre acesso dos pais para visitar os filhos, além da permanência por tempo ilimitado junto ao bebê internado. Há fatores, entretanto, que contribuem para que, na prática, a dinâmica do serviço seja diferente, justificada pela realização de

procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos.

Há uma tendência em excluir o homem da tomada de decisões, das responsabilidades, e até da alegria de ser pai. Os homens são deixados de lado, sendo excluídos do compromisso da paternidade e de sua responsabilidade na vida familiar (CAMPOS; SILVA; AMARAL, 2010).

A segurança para os pais, com o progresso do filho, e a iminência da ida para casa eram ameaçadas quando a alimentação não era ingerida. A aceitação passou a ser sinônimo de resposta ao tratamento da prematuridade e do BPN:

A animação da gente é quando um filho da gente consegue comer uma comida toda. E quando ela ia tirar (ordenha) que tava na hora, ia meia hora antes pra tirar lá o leite, quando a gente perguntava se ele aceitava e dizia que aceitava, aí a gente se sentia bem, porque a criança tava reagindo. **(PAI 08)**.

Oliveira, Siqueira e Abreu (2008) enfatizam o contínuo desafio para os responsáveis pela nutrição PMT de MBPN em alimentá-lo e que consequências nutricionais e metabólicas decorrentes das deficiências são significativas, levam a alterações em curto e longo prazo, tais como repercussão no desenvolvimento cerebral, déficit de aprendizado e de memória.

### **5.2.3. Conhecimento sobre aleitamento materno**

As ações educativas de promoção da amamentação, geralmente, são centralizadas na figura da mulher, pelo fato de ser biologicamente provida da capacidade de produzir o leite materno. A participação do companheiro/ futuro pai necessita tornar-se prioridade de intervenção, dada a sua importância na relação com sua companheira e filho. As informações de que alguns pais dispõem e que utilizam para defender a amamentação foram adquiridas por meios de comunicação fora das unidades de saúde:

A gente tem muita informação na televisão a respeito do leite materno, é muito bom pra criança. Então eu presumia que se ela aceitasse o leite seria muito bom para ela por uma série de coisas. Porque assim, é natural que a pessoa aceitando só leite que é da mãe, isso... Nada que vão fazer vai ser igual ao que o leite da mãe possa trazer de benefício pra ela. **(PAI 02)**.

Pontes, Alexandrino e Osório (2008) falam do apoio e encorajamento necessários à mulher na amamentação, sendo o pai apontado como parceiro na decisão e sucesso da amamentação. Porém, ressaltam que parece não haver políticas públicas e de saúde, nas empresas de trabalho e nos serviços de saúde, que promovam no dia-a-dia, na prática, o incentivo e/ou ofereçam condições à participação do pai nas fases do ciclo grávido-puerperal.

A defesa dos pais pela lactação reside nos benefícios do leite para a criança e em sua escolha como o melhor alimento:

Eu só vi essa vez na televisão. Eu vi essa entrevista, foi um programa. Ele falando sobre criança e fizeram essa pergunta a um doutor pediatra, como era o jeito melhor de criar uma criança de novinha? Qual era o leite melhor pra ela? Eu vi essa entrevista e eu fiquei com aquilo na cabeça. Faz muito tempo que eu vi isso e eu fiquei com aquilo na cabeça. Ele dizendo que a criança fica mais nutrida com o leite da mãe, e aquela coisa toda. **(PAI 09)**.

As falas correspondem à constatação de Machado e Bosi (2008), de que diversas propagandas veiculadas nos meios de comunicação apontam benefícios da amamentação, reforçando os aspectos preventivos para o bebê. Muitas vezes nos discursos de mídia o enfoque é dado somente ao seu valor nutricional.

Relatos da abordagem das ações educativas em que a companheira participou durante a gestação convergem para os proveitos ao lactente:

Até ela grávida mesmo, tinha uns rapazes lá, umas moças novatas, que estudavam, que diziam dicas, que levavam umas bonecas e diziam como era pra mãe de primeira viagem. Porque era mais mulher nova assim. Aí dizia que era pra dar leite, as posição que ficava a criança e os benefícios que o leite materno traz pra criança... Televisão, agente de saúde. Eu já tinha ouvido falar, que o aleitamento materno é o melhor do que esses leites enlatados assim. **(PAI 08)**.

Não se observa nos discursos paternos, o modo como a amamentação promove o vínculo mãe-filho, resultado correspondente ao estudo de Sweet e Darbyshire (2009). Numa perspectiva contrária, porém, as mães citam o vínculo como vantagem. No estudo qualitativo de Machado e Bosi (2008), como vantagens da amamentação, foi reconhecido o vínculo mãe-filho juntamente com a proteção à saúde. Em outro estudo qualitativo, de Braga, Machado e Bosi (2008), realizado em Fortaleza, no período de

agosto a outubro de 2004, em que buscaram compreender a experiência positiva vivenciada por oito mães de prematuros que mamaram exclusivamente, a formação do vínculo se destacou dentre as vantagens principais da amamentação.

A contribuição do leite materno no crescimento e desenvolvimento infantil é reproduzida por pais com base em orientações de profissionais de saúde:

Era importante pra formação dele, pro desenvolvimento. As enfermeiras quando a gente chegava lá elas sempre falavam. **(PAI 03)**.

No estudo de Braga, Machado e Bosi (2008) as mães expressaram o desejo de amamentar exclusivamente para proporcionar uma boa condição de saúde e desenvolvimento para o seu filho. Os conhecimentos básicos de que o leite materno protege o prematuro de doenças impõem para elas uma responsabilidade a mais, no que diz respeito à necessidade de alimentar seu filho apenas ao seio.

A orientação sobre a suficiência do leite materno para nutrir o prematuro é assimilada pelos pais:

A orientação era que não deixasse de dar o peito, tinha que ter o leite materno. E qualquer coisa completasse com outro, se não tivesse mais leite. Mas o suficiente mesmo era só o leite materno. **(PAI 06)**.

A experiência prévia com familiares que amamentaram auxiliou na decisão pela amamentação do filho, com centro na prevenção de doenças:

Sempre a menina lá falava que o leite do peito era mais forte, saudável e sempre eu acompanhava. Já minha irmã, porque as minhas irmãs quando teve menino sempre ela falava que o leite do peito era bom pra não ter problema com doença e essas coisa, sempre a minha irmã falava. **(PAI 05)**.

#### **5.2.4 Pai reconhecedor da importância do leite materno para o filho**

Os nutrientes do leite materno estão disponíveis em quantidades e qualidade que os tornam facilmente digerível pelo intestino do neonato e absorvidos para energia e crescimento. Dispõem de propriedades imunológicas exclusivas. São eficazes na proteção de infecções respiratórias, gastrointestinais, otite média, alergia e diabetes do tipo II. Trata-se de uma forma econômica de alimentação. O nutriente está sempre disponível, pronto para ser servido em temperatura-ambiente e livre de contaminação. A

proteção contra infecção pode significar menos visitas ao médico e menor tempo perdido de trabalho (WHEELER, 2011).

O leite da própria mãe é a melhor opção para o RN pré-termo. O leite humano é precisamente elaborado para humanos. Muda sua composição durante o dia e no curso da lactação, provendo a criança o nutriente específico para a idade (BONFIM; NASCIMENTO, 2007; BRASIL, 2013).

A ansiedade relacionada ao aleitamento materno como fonte de alimento para o filho configurou o itinerário dos pais. A dúvida sobre o aceite da amamentação e a convicção de que o leite materno seria importante para o estabelecimento da saúde eram também um foco de atenção:

Eu tinha a preocupação de saber se ela ia aceitar o leite da mãe... Então eu, eu tinha muito medo dela rejeitar e isso agravar ela, por ela não aceitar. No período eu não lembro tanto. Mas eu acho que ela aceitou o leite da mãe ou começaram dá o leite eu acho que alguns dias depois, não sei foi uns três dias se eu não estou enganado. Acho que uns três dias. Então antes de aceitar o leite ela estava tomando o NAN. Era justamente isso. Ela passou uns dois a três dias pra ela aceitar o leite ou eles dá o leite. Aí então, esses dias antes é... Me preocupava dela não aceitar, se ela não aceitasse. (PAI 02).

O medo de não haver a amamentação manifesta a importância atribuída pelo pai ao leite materno. Rego *et al.* (2013) enfatizam a superioridade do aleitamento materno para alimentar o prematuro. É o melhor para sua nutrição, proteção e bem-estar psicossocial.

Melo, L. *et al.* (2013, p. 514) realizaram um estudo qualitativo, no período de junho a outubro de 2009, com 11 mães que tiveram bebês prematuros extremos, em Fortaleza, Ceará, em que todas as mães, independentemente do número de gestações, enfrentaram, além dos anseios com os cuidados físicos, a insegurança causada pela alimentação de um bebê prematuro extremo em seus primeiros dias de vida e após a alta hospitalar.

O apoio paterno é um importante aliado do aleitamento (SILVA, SANTIAGO, LAMONIER, 2012). Dentre as boas práticas de atenção ao RN e princípios de humanização, consta o incentivo à participação paterna (BRASIL, 2012b). O conhecimento dos pais quanto aos benefícios da amamentação, assim como seu apoio, compreensão e suporte na tomada de decisões, juntamente com as mães, podem ser

itens relevantes na hora em que elas oferecem o leite materno aos filhos (SILVA *et al.*, 2012).

A percepção da mãe sobre a atitude do pai relativamente à amamentação tem implicação sobre a duração do aleitamento materno exclusivo (AME). O pai deve ser envolvido em discussões sobre a amamentação, antes e durante a gravidez. Deve ser encorajado a desempenhar o papel positivo de apoiar a lactação, o que pode aumentar a interação mãe-bebê e reduzir o sentimento de desamparo e isolamento por vezes sentido pela mulher (WHEELER, 2011).

Silva, Santiago e Lamonier (2012) apontam a mãe da puérpera e o pai da criança como a ajuda familiar mais próxima ao aleitamento materno. Machado e Bosi (2008) realizaram um estudo qualitativo com 13 mulheres que optaram por amamentar o filho exclusivamente até seis meses, em Fortaleza-CE, em 2004. Os resultados apontaram que a pressão exercida pelos familiares, especialmente a das avós e do marido/companheiro, revelou-se como um fator determinante para a continuidade da amamentação ou desmame precoce, em virtude da emissão de julgamentos, provocando na mulher sentimentos de incapacidade, conflitos nas relações familiares, pelas constantes cobranças sobre sua atuação no espaço público.

A recomendação do aleitamento materno como ideal ao RN PMT é muito destacada (BRASIL, 2013; REGO *et al.*, 2013; ARAÚJO; REIS, 2012; LOPEZ; SILVA, 2012; NEVES *et al.*, 2011). O leite materno dos primeiros dias contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo. É mais rico em calorias, lipídios e proteínas, tem menor teor de lactose, que é de mais difícil digestão pelo RN PMT (ARAÚJO; REIS, 2012; BRASIL, 2009a).

O incentivo à lactação e a monitorização do volume diário de leite materno ofertado e aceito representaram uma postura adotada:

Ela em aceitar o leite materno já era uma coisa muito positiva pra ela, porque ela estava aceitando o leite... E os benefícios que o leite ia trazendo, e essas informações vinha através da minha esposa que a cada dia era aumentado os ml e ela aceitava, então isso foi muito positivo para mim. A gente sempre com pensamento positivo que ela ia se recuperar e à medida que ia passando os dias ela ia aumentando o leite que a enfermeira tirava da minha esposa e dava a ela. Acho que começou não sei se com 2 ml. Todo dia eu tinha uma notícia nova que aumentava os ml. **(PAI 02)**.

A menção ao leite que era tirado refere-se à ordenha manual, ou seja, o leite era extraído manualmente para oferta o RN. É uma prática orientada para mulheres que querem amamentar e não o podem fazer logo após o nascimento do filho. É um estímulo que deve ser feito regularmente na mama para manutenção da produção (BRASIL, 2009a).

Em estudo qualitativo realizado por Sweet e Darbyshire (2009) com sete pais de RN PMT de MBP, na Austrália, o ato de monitorar o volume de leite ordenhado, transportar e auxiliar na ordenha, foi evidenciado. Para estes pais, o filho pertencente ao casal exigia apoio à parceira na lactação. Os pais só tiveram contato com a ordenha manual da mama após o nascimento do filho pré-termo, no entanto, os que não participavam da ordenha cuidavam dos filhos e realizavam atividades domésticas.

No estudo de Machado e Bosi (2008), a presença do companheiro foi reconhecida como um auxílio valioso na amamentação, especialmente quando há uma participação mais efetiva nos cuidados diários com a companheira e o filho. Ao compartilhar as tarefas que envolvem cuidados com o filho, a participação do homem é entendida como "ajuda", pelas informantes, nos dois grupos, independentemente da classe social. Essas práticas oferecem aos pais a oportunidade do cuidado com o bebê, estimulando-os a sentir a amamentação não apenas com exclusividade da mãe, mas, ao mesmo tempo, compartilhar as responsabilidades assumidas pelo casal.

A opção da amamentação como fator protetor aumenta a segurança paterna quanto à saúde do filho:

O leite ideal pra criança se alimentar, um leite forte e tudo. Eu pensei que minha filha pudesse ter outros problemazinhos, mas graças a Deus que tudo deu certo. Eu fiquei mais aliviado, com o coração mais aliviado porque a minha filha ia ter leite pra se alimentar. (**PAI 07**).

A crença paterna nos benefícios da amamentação é fortalecida por Pacheco e Cabral (2011), ao acentuarem que a clínica aponta o bebê de baixo peso como apresentando demandas nutricionais próprias, com risco de hipoglicemia e perda acentuada de peso; e o leite materno atende as demandas e corrige os distúrbios metabólicos.

A permanência de algumas mães em tempo integral no hospital não foi imediata. Ficavam no domicílio e vinham visitar o filho. A ordenha do leite materno que iria compor a alimentação era feita no lar e o pai, convicto de seus benefícios, participava, transportando e entregando na unidade hospitalar:

Eu ia levar o leite , levar o leite que ela (esposa) tirava e eu ia lá levar. Pra dar logo o peso dele pra nós ir embora. Acho que o leite seria o melhor, quanto mais melhor .Eu acho que era porque tinha os horários, o que eu levava era bastante suficiente pras horas do dia, agora não da noite. Ela tinha o leite lá, ela tinha o NAN. (PAI 04).

A produção insuficiente de leite por mães de prematuros é um evento esperado, uma vez que a mama não está sendo sugada. O uso de fórmulas é um dos recursos adotados para suprir as necessidades alimentares do RN. O estímulo, porém, deve ser contínuo, para que a produção não venha a cessar e, com o amadurecimento contínuo do RN, a mãe dispunha de leite para amamentá-lo quando a sucção ao peito for orientada.

No estudo de Melo, L. *et al.* (2013, p. 515), o apoio quanto à técnica da ordenha mamária às mães dos RN PMT se deu logo após seu nascimento e estas passaram a fazê-lo diariamente para garantir a alimentação de seus filhos.

Os pais são identificados como importante fonte de apoio à amamentação. O aleitamento materno em situação de prematuridade é um fator preocupante, que exige muita dedicação materna, apoio familiar e competência dos profissionais de saúde, uma vez que o próprio afastamento entre mãe e bebê, condicionado pelo quadro de saúde da criança, pode implicar a alimentação por leite artificial e, conseqüentemente, menor produção do leite materno (SILVA; MUNIZ; CECCHETTO, 2012).

O exercício da observação atenta sobre o que o filho estava recebendo, e questionamentos sobre a procedência e segurança do leite utilizado nas dietas, foram implementados pelos pais:

Cheguei a perguntar uma vez, que eles iam num freezer lá que tinha e tirava o leite. Disse que era um leite das mães lá, que tipo faziam uma doação. Só que esse leite, aí eu estranhei, fiz várias perguntas. Aí ela disse que não se preocupasse não porque esse leite ia pra Fortaleza, passava por um processo de tratamento, depois é que ele liberava e mandava de volta. Aí é que tava liberado pra dar pras crianças. E tinha um outro leite lá de lata, não sei se é o NAN. (PAI 06).

O leite recebido por doação é fruto do investimento na nutrição do RN PMT. Neves *et al.* (2011) nomeiam a amamentação padrão-ouro de alimentação com ênfase nas propriedades do leite materno que adquirem relevo especial em virtude de a maior vulnerabilidade deste grupo de bebês. As autoras consideram imprescindível dispor de leite humano em quantidade suficiente que permita o atendimento, nos momentos de urgência, a todos os lactentes que, por motivos clinicamente comprovados, não disponham de aleitamento ao seio os bancos de leite humano (BLH) criados para garantir a qualidade do leite humano destinado a crianças RN PMT, de baixo peso ou hospitalizadas UTIN.

A participação como espectador na primeira mamada ao seio é relatada como um momento de comemoração pela crença na superação do BPN e na ida para casa:

Tava presente. Só a menina colocando ele no peito, ele sugando só. Fiquei feliz. Tava feliz porque ele tava já mamando e ia mamar mais e ganhar o peso mais rápido pra ir embora. (**PAI 04**).

Não é representado no discurso paterno a dificuldade de sucção ao peito sentida pelo RN PMT ou pela mãe/lactante; mas é importante saber que o estabelecimento da mamada direta ao seio pode ocorrer mediante obstáculos, como referem Pacheco e Cabral (2011), que realizaram estudo qualitativo, de abril de 2008 a março de 2009, com seis grupos de familiares -25 participantes- de RN de BPN que pesaram de 1.500 a 2.499g, em que o aleitamento materno no contexto hospitalar na etapa inicial foi adjetivado como um momento difícil, ruim, que machucava, não sendo um momento simples de se lidar, pois a criança não se adequava tão facilmente à amamentação. O bebê não pegava o bico do peito, não tinha bico do peito, a boquinha do bebê era pequena e o leite não saía assim tão fácil.

A satisfação com a alimentação direta ao peito decorrente do fato de que é fonte de ganho de peso, aumento dos níveis de saúde e da possibilidade de alta hospitalar. O ato de sugar o peito e nutrir-se do leite materno é significativo para os pais. No estudo de Sweet e Darbyshire (2009), a amamentação foi considerada pelos pais como a melhor forma de alimentar, por ter melhores resultados na saúde do bebê. O leite materno foi concebido como o melhor leite, uma vez que, a centralidade da amamentação se referia à saúde e à nutrição do filho, estabelecendo-se uma diferença entre a oferta do leite ordenhado e a mamada ao peito, que foi considerada mais natural.

A dificuldade em mamar ao peito manteve-se como alvo de atenção após a alta hospitalar, juntamente com estratégias de manter a amamentação:

Depois que ela chegou em casa o meu acompanhamento...Olha eu acompanhava se ela tava é, é... mamando bastante, eu me preocupava se ela é... Porque tem criança que tem dificuldade em sugar o leite. Então a minha esposa tirava, botava numa chuquinha e dava pra facilitar. Porque por ela ser muito pequenininha ela tinha dificuldade assim, em mamar. Então a gente botava na chuquinha. **(PAI 02)**.

A oferta de leite na mamadeira ganha espaço mediante a sucção deficiente pelo RN. O uso de mamadeira é desaconselhado por muitos motivos, dentre eles, por impactar negativamente sobre o aleitamento materno.

A sucção do seio demanda força e satisfaz a fome da criança e o desejo de sugar. Ao ser alimentada por mamadeira, no entanto, sua fome é satisfeita, mas não a pulsão, estabelecendo-se a sucção não nutritiva para este fim (CASTILHO; ROCHA, 2009). Algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito o que é denominado por alguns autores de “confusão de bicos”, causada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira, sendo comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar (BRASIL, 2009a).

### **5.2.5 Partilha das dificuldades da companheira na amamentação**

Os entraves para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno do filho prematuro os puseram em contato com os obstáculos que se impuseram à amamentação. Os problemas com a produção de leite que atendessem as demandas do RN foram relatados com recorrência:

É ainda teve esse negócio dela não ter leite... Não, aí foi mais experiência dela própria mesmo como mulher e os familiar por perto. A experiência do primeiro também...O primeiro ela amamentou até mais de um ano. Três anos. Mais com a nenê foi bem pouco mesmo. Porque teve pouco leite, da mãe dela. Como a gente já tinha tido experiência do primeiro aí foi NAM 1. A gente optou pelo NAM 1 porque era um leite mais forte. **(PAI 01)**.

Há um reconhecimento da amamentação como pertencente à mulher. Pode-se justificar pela relação biológica em que apenas o corpo feminino dispõe da possibilidade de lactar o filho. O enfrentamento da produção insuficiente de leite foi vivido, considerando a experiência prévia do nascimento e lactação do primeiro filho, porém o suporte alimentar com fórmula infantil foi preenchendo o espaço da amamentação.

Amamentar é um processo comportamental aprendido com as gestações anteriores, que requer orientações e estímulos às gestantes, puérperas, lactantes e familiares de seu convívio (CASTRO *et al.*, 2009). A falta de experiência materna e de informação pode, muitas vezes, levar ao desmame precoce, pelo despreparo para enfrentar as possíveis dificuldades que poderão surgir neste momento. Consideram-se essenciais o cuidado e o apoio integral dos profissionais da saúde, para auxiliar, esclarecer e solucionar as dificuldades apresentadas pela mãe e pelo RN PMT (SCHEEREN *et al.*, 2012).

Leone, Sadeck e o Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana (2012) avaliaram os fatores de risco associados à ausência de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças  $\leq 6$  meses de idade na cidade de São Paulo, e recomendaram que é preciso aceitar a visão de que o aleitamento materno (AM) é muito mais do que uma opção, pelo fato de resultar da ação integrada de múltiplos fatores culturais, sociais, comportamentais e, principalmente, familiares.

A particularidade do contexto complexo do nascimento prematuro com MBP, além do déficit de sucção pelo RN, tem por incremento dificuldades com o quantitativo de leite:

Porque o do peito não saía nada. A minha esposa ia tentar tirar e não saía quase nada. Aí era o leite do hospital, raramente era do peito. (**PAI 06**).

Bonfim e Nascimento (2007) comunicam que é comum essas mães desejarem, em princípio, aleitar seus filhos, porém elas vivenciam a iminência do fracasso no AM em face das inúmeras variáveis a que estão expostas, que colaboram para diminuir a produção e ejeção do leite.

O incentivo à amamentação durante a internação do RN PMT com retirada manual enquanto o filho não sugava, é lembrado:

Era pouco, ele não aceitava. E aí depois desses dias que ele passou a aceitar bem ela ia dar de mamar todo dia. Não chupava no peito e

também não aceitava. Aí depois começou a aceitar. Lá ela tirava porque ela não vinha pra casa, passava quase o dia lá aí tirava. (**PAI 03**).

A denúncia da dificuldade de pega pelo RN quando o pai diz que “ele não aceitava”, associada à baixa produção de leite materno, ancora-se em Joventino *et al.* (2011) que destacam dentre as situações que possuem suas particularidades, o caso das mães de RN PMT, para as quais iniciar e prosseguir com a prática de amamentar torna-se um desafio ainda maior. Realçam o fato de que, muitas vezes, estes bebês começam a receber alimentação por meio de instrumentos, como sondas gástricas. Quando se faz a transição para a pega do seio da mãe, alguns demonstram resistência em se adaptar a esta nova maneira de se alimentar.

A alimentação do filho com leite não pertencente à mãe foi experienciada com resignação ante a insuficiência na produção láctea:

Eu acho que teve um tempo que ela (esposa) ficou com muito leite. Aí depois, depois o leite dela secou. Aí a nenê começou a tomar esse leite, esse leite lá, que eu não sei se é o NAN. Era um leite aí, eu nem me lembro...Mas eu sei que ela começou a tomar esse leite porque ela não tinha leite. Acho que ela tomou, não sei se ela tomou leite de outra mãe, de outra pessoa. Eu sei que ela não conseguiu produzir o leite. Aí depois de muito tempo que ela veio pra casa, ela tava tomando esse leite NAN, aí foi que ela começou a ganhar leite de novo. (**PAI 09**).

O uso da fórmula infantil como opção alimentar aparece nos discursos paternos, quando há baixa produção láctea. No estudo de Melo, L. *et al.* (2013, p. 516), foi percebido o aleitamento misto como prática amplamente adotada na alimentação do bebê prematuro extremo. Muitas mães relataram a diminuição da produção láctea nos momentos de maior fadiga e estresse, recorrendo sempre à complementação com fórmulas artificiais.

Trindade e Lyra (2006) ensinam que as fórmulas fornecem maior quantidade de calorias, proteínas e minerais, todavia, tem por desvantagem não introduzir elementos biológicos ativos.

A participação positiva do pai é também tanto mais eficaz quanto mais ele souber sobre as vantagens e o manejo do AM. Sua participação aumenta a prevalência

da amamentação pelo fato de dar mais segurança e tranquilidade à mãe, num momento em que ela está fragilizada (LAMOUNIER; LANA, 2006).

A informação da importância do leite materno como alimento foi impulsionadora para que os pais apoiassem e estimulassem a amamentação:

Eu fiquei preocupado, porque eu sempre gosto dessas coisas. E eu vi no jornal uma vez, um médico dizendo que era muito bom a mãe dar bastante leite, leite dela pra criança. Sempre que puder amamentar a criança até um certo tempo. Aí eu fiquei com aquela preocupação, porque ela sem leite. Imaginei como que nós ia criar essa criança sem leite. Mas também não me lembrei que a minha mãe me criou sem leite, que eu nunca gostei de leite e não sei como é que eu fui criado... Aí depois eu fiquei pensando, se eu consegui ela vai conseguir, com fé em Deus ela vai conseguir... Foi rapidinho o passar do tempo, a gente nem sentiu e quando pensou que não ela já tava com o leite de novo pra menina. E graças a Deus que até hoje ela mama direto, a bichinha. Mama direto e eu é todo tempo mandando ela dar mama à bichinha. **(PAI 09)**.

A experiência paterna anterior de não ter sido amamentado fez com que o pai refletisse que sua filha poderia sobreviver caso não tivesse o leite materno para se alimentar. A disponibilidade deste, entretanto, foi motivo de louvor e de instigar a manutenção do aleitamento.

A preocupação foi inevitável ante a possibilidade de não ter o filho amamentado:

Sempre dizia que ela tinha que insistir, pra ela mamar. Mas ela disse: "Mas eu insisto, mas ela não quer". Aí eu me preocupei, e agora o que é que a gente vai fazer? O que é que a gente vai dar pra essa menina? Só no leite que o médico passa? **(PAI 06)**.

O envolvimento do pai mostra-se como elemento fundamental, pois, ao desempenhar um papel de participante na amamentação, aumenta o suporte oferecido à companheira e ao bebê, ao mesmo tempo em que se reconhece como um elemento importante, partícipe e cúmplice na sua função de "novo pai" (MACHADO; BOSI, 2008).

O excesso de leite materno também foi vivenciado pelos pais que acompanharam a ordenha e armazenamento:

Produzia sim, até ela foi derramar porque tava muito cheio e não tinha, aí depois que a mulher foi explicar que tinha que guardar, armazenar o leite pra poder dar a ele depois. Sempre ela derramava porque não tinha como colocar e depois que ela foi perguntar e a

mulher explicou que tinha guardar num recipiente, pra poder colocar lá, pra depois quando ele começar se alimentar, ele se alimentar. **(PAI 05)**.

As mães de PMT devem ser orientadas a iniciar precocemente a ordenha das mamas, de preferência por expressão manual a intervalos regulares. A permanência da mãe junto ao filho no hospital reforça o vínculo e o contato favorece a ejeção láctea, efetivando a ordenha manual (CALIL; VINAGRE, 2010). Em estudo de Melo, L. *et al.* (2013, p. 515), as participantes relataram que receberam apoio quanto à técnica da ordenha mamária logo após o nascimento do bebê e passaram a fazê-lo diariamente para garantir a alimentação de seu filho.

A dificuldade com a retirada manual do leite materno é lembrada, com a justificativa de que era necessária para evitar uma complicação mamária:

Era só porque ela não sabia tirar, como era o primeiro filho dela aí ela não sabia tirar. Ela chorava quando a menina ia tirar, ia desmamar. Mesmo se não tivesse dando a ele tinha que tirar se não pedrava. Teve até uma amiga nossa que pedrou e foi preciso operar... Depois que afrouxou, que ela começou a tomar essa domperidona, ela tinha bastante leite. Quando ela ia tomar banho ela manda tirar, quanto mais tira mais cria. Mesmo que não fosse pra ele...logo quando ela teve ela começou a tomar antibiótico, aí diz que o antibiótico seca o leite. **(PAI 08)**.

Dentre as muitas variáveis que fortalecem a dificuldade de amamentar o RN PMT, surge a falta de experiência prévia com a amamentação como agravante; e muitos problemas, como a dificuldade em ordenhar, dor mamária, uso de medicação para aumento do leite materno e terapia medicamentosa.

O apontamento dos obstáculos que se interpõem à lactação do prematuro de BPN foi feito em estudos como o de Chaves, Lamounier e César (2007), que, ao investigarem mulheres que lactaram, com os fatores relacionados com a duração do AME, encontraram uma relação negativa entre a duração e o BPN. Os autores deduzem que o resultado decorre da maior dificuldade que esses bebês apresentam para serem amamentados.

A dedicação para que o leite materno fosse ofertado ao filho fez com que os pais sugerissem medidas que aumentassem e mantivessem os níveis de produção:

Desde que ela saiu do hospital que era pra dar muita rapadura, o suco da rapadura, eu comprei muito. Outra coisa que eu comprei muito caldo de cana, massagem. **(PAI 07)**.

A rapadura é um produto da cana-de-açúcar rico em carboidrato. Ofertar para a mulher que está amamentando é uma prática de alguns serviços de saúde que, põem em disposição nas maternidades. A adoção da prática, fortalecida pela orientação de profissionais de saúde, faz com que os pais interpretem como uma medida que impacta a produção de leite materno e estimule suas companheiras ao consumo:

Ela (esposa) tava tomando muito antibiótico. Eles davam aquele leite mesmo que eles têm lá. Mas sempre eles diziam que o bom mesmo é o leite do peito, até uma médica lá disse, que no caso da minha esposa ela passou domperidona, rapadura...Eu dizia come rapadura, porque lá quando iam tirar leite vem os pote de rapadura. Eu dizia bota esses dente pra mastigar rapadura pra dar leite. **(PAI 08)**.

A percepção de baixa na produção do leite imprimiu nos pais a busca por meios que se traduzissem em aumento, onde estes se revelaram apoiadores e atores da amamentação:

Começaram a ensinar pra ela comer rapadura e outras coisas, mas a gente vinha comprando pra ver se ela ganhava o leite. Até que hoje ela tem leite, mas a nenê não se contenta com o leite só dela. **(PAI 09)**.

A dependência da amamentação de fatores relacionados à mãe e ao RN faz com que a prática transcenda a decisão de amamentar ou conhecimentos prévios.

Um fator que interferiu no tempo de amamentação foi o retorno ao trabalho pela esposa:

Acho que foi até uns quatro mês só, porque ela tinha que trabalhar e não tinha como deixar o leite do peito pra ele, aí ele teve que tomar mingau. Ele tomava o nestogeno, o leite, porque a fábrica só dá quatro mês, e ela passou bem dizer um mês lá e passou três mês com ele aqui. **(PAI 05)**.

A licença-maternidade para mulheres com vínculos trabalhistas é concedida desde o dia do parto e se estende até os 120 dias de vida do RN; porém, com a recomendação de amamentar exclusivamente até os seis meses (180 dias), este retorno à atividade laboral põe empecilho à prática. Mesmo que a mulher possa-se utilizar de uma

fração da carga horária para oferecer a mama, é algo avesso a se estar em tempo integral com o filho amamentando em demanda livre.

Estudo realizado no Estado de Paraíba, região Nordeste do Brasil, mostrou que foi significativa a prática do aleitamento materno exclusivo por quatro meses para as mulheres com emprego remunerado formal, com maior prevalência entre as que usufruíram de licença-maternidade, evidenciando a importância do cumprimento das políticas de proteção da amamentação. Verificou-se, ainda, que, na zona rural, o trabalho fora de casa é um grande limitador para a prática do AME, pois, quase a totalidade das mães que declararam esta condição, já havia introduzido outros alimentos na dieta da criança antes de esta completar quatro meses de idade (VIANNA *et al.*, 2007).

Em um estudo qualitativo realizado com cinco mulheres trabalhadoras da indústria têxtil em Maracanaú-CE, por Morais *et al.* (2011), todas informaram que tiveram a experiência em amamentar seus bebês enquanto gozavam da licença-maternidade. Asseveraram, no entanto, sentir dificuldades em relação à continuidade da amamentação. Ante as dificuldades, foram levadas a introduzir precocemente fórmulas infantis. Apenas uma obteve êxito em prosseguir com o AME, prolongando a amamentação por quatro anos.

Dentre os nove RN PMT de MBP cujos pais participaram deste estudo, quatro receberam alta hospitalar com a fórmula prescrita em associação ao AM, dois foram amamentados apenas até os quatro meses, porque as mães retornaram ao trabalho, e três foram amamentados até os seis meses, porém com oferta de água.

### **5.2.6 Sentimentos paternos no seguimento da recuperação nutricional**

A sobrevida seguida aos dias de nascimento foi acrescida do imperativo de ganho ponderal como reflexo da melhoria do RN e como critério para alta hospitalar. A evolução do quadro clínico é acompanhada simultaneamente à progressão do peso. Os pais passam a seguir diariamente o aumento em gramas do filho:

Chegaram a conversar sobre o peso dele. Eu procurava saber mesmo só quantos de peso e como ele ia sair e qual o peso, sempre eu me informava sobre isso, aí todo dia se pesava e eu ficava acompanhando o peso dele.. Todo dia eu olhava.. Achava bom, sempre sabia que ele ia sair. Aí achava bom o peso. (PAI 05).

O ganho ponderal não exprime apenas a melhoria clínica, a maturação fisiológica, mas a proximidade da alta hospitalar. De acordo com a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o peso mínimo para saída da internação aos nascidos de MBP é 1.600g (BRASIL, 2013). A tomada de consciência desta condição por parte dos pais estimula a além de acompanhar os adicionais diários de peso, torcer aumentos contínuos no peso corporal.

O foco na ida do filho para casa demonstra a vontade de iniciar o itinerário de tê-lo em domicílio sob o cuidado da família em uma situação diferente da separação imposta pela internação, dos cuidados realizados por profissionais de saúde, da distância do lar e dos demais membros da família:

Achei satisfatório, um menino que nasceu com um quilo duzentos e setenta e começou foi ganhar peso rápido e sempre era só ele porque ele tava no quarto acho que tinha quatro pessoa, aí as menina se admirava que era só ele que ganhava peso e as outra era perdendo, aí eu achei foi bom, ia sair ligeiro. Ganhava peso toda vida. **(PAI 05)**.

A comemoração sentida a cada aumento de peso era substituída por um sentimento de frustração e preocupação, quando não havia ganho:

Detalhadamente não me passaram não, mas assim...o povo ficava só observando lá, que não era adequado, não era bom. Inclusive todas as vezes que eu chegava lá, porque tem o prontuariozinho dela e eu olhava logo o peso. Aí o meu coração disparava quando eu via que dava quebra (referência a queda). Chegava lá a gente ia na expectativa de tá um pouquinho alto. Porque hoje ela tava no pesozinho ideal, amanhã já tava um pouquinho mais alto. Quando era depois de amanhã quebrava mais do que ela tinha subido. A gente se preocupava mais ainda. **(PAI 06)**.

Percebe-se que a questão do peso se fez inerente à vivência diária da internação pelos pais, trazendo a experiência ambígua de tristeza, quando não havia ganho ou ocorria perda de peso e alegria quando o aumento era comunicado pelos profissionais de saúde:

Oitocentos e quarenta. Aí subia oitocentos e cinquenta, aí chegava oitocentos e sessenta de novo, aí descia pra oitocentos e cinquenta. Aí ficava assim também. Aí toda vez que baixava, só em abaixar qualquer grama eu já me preocupava. Ficava mais alegre nem que subia uma graminha, eu ficava alegre. Mas quando abaixava assim

demais. Eu me lembro que uma vez eu acho que ela tava com oitocentos e oitenta, já pra chegar em oitocentos e noventa. Aí eu vinha trabalhar morto de alegre, vinha pra casa trabalhar e ficava naquela expectativa no trabalho. Quando eu chegar lá minha filha tá com novecentos a um quilo. Aí quando eu chegava lá que eu ia olhar no peso, ia logo atrás da enfermeira. Chamava a doutora, perguntava o que é que tinha acontecido. Aí elas iam me explicar: “Olha ela não se alimentou”. (PAI 06).

O acompanhamento diário de peso transcendeu o contexto da internação hospitalar para o domicílio nos meses iniciais de vida. A sobrevivência e o ganho ponderal que contribuíram para alta não reduziram o *status* do BPN como condição de risco que necessita de vigilância. A vigilância com o ganho ponderal e a festividade com sua ocorrência, era para os pais a superação de um problema desafiador:

Até os seis meses a gente acompanhava todo dia. A gente pesava ela. Todo dia. A gente tinha uma balança aqui e a gente pesava. O posto cedeu uma balança pra nós. A gente anotava e depois a minha esposa passou pro posto. Acho que foi isso. Foi positivo porque assim, a gente... de repente ela poderia perder peso e nós não percebesse. E na balança não. E era muito positivo pra gente ver ela, acompanhar ela ganhar peso. Muito bom. Porque ela cada grama que ela ganhava era uma vitória pra gente. (PAI 02).

O tratamento do BPN como um evento sentinela inerente ao cotidiano dos pais os conduz ao sentimento concreto do compromisso assumido para assegurar a sobrevivência do filho. Após o nascimento, a sobrevivência do RN está condicionada a ter alguém que realize o seu cuidado e que assegure que suas necessidades físicas e psicossociais sejam atendidas. A participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante para o seu crescimento saudável, representa um relevante fator de proteção para a saúde de todos os envolvidos (BRASIL, 2012b).

O ganho de peso é importante para os pais no cenário do nascimento com baixo peso. O estado nutricional do filho instiga o monitoramento contínuo do peso diário:

Todo dia. Todo dia. Todo dia (rindo e com alegria na fala). Era muito bom saber que ela tava aumentando peso, ia sair, isso me trazia é, é... Eu ficava mais otimista com relação a ela. Eu sabia que ela tava aumentando peso, ela tava aceitando o leite, isso me confortava, eu aqui sozinho. (PAI 02).

A relação do aumento ponderal com a aceitação do volume alimentar ingerido assinala o conhecimento dos pais da relação entre consumo alimentar e crescimento, tornando assim a nutrição do filho detentora de especial atenção pela sua associação com a manutenção da saúde.

Estudo realizado por Waldow (2007), em Florianópolis, com 20 pais de RN prematuros internados em UTIN, todos os participantes apresentaram questões preocupantes ante o ganho de peso, intercorrências e dificuldades de amamentação do filho.

O seguimento do peso diário demandava uma atitude de vigilância à pesagem durante a visita do filho pelo pai. Era importante ver concretamente o peso do dia:

Assim que eu entrava, quando eu vinha com ela, eu entrava e ficava lá na salinha, lá olhando. Eu esperava... o peso dele pra ele vim logo embora. **(PAI 05)**.

Esta valorização do peso é importante pela imposição do seu monitoramento posterior à internação. Crianças nascidas com baixo peso exprimem risco aumentado de evoluir com falha de crescimento (RUGOLO, 2005b; BRASIL, 2012b). É necessário monitorar o crescimento infantil, especialmente no primeiro ano de vida, tempo de maior vulnerabilidade a múltiplos agravos nutricionais, infecciosos e ambientais (RUGOLO, 2005b).

Motta *et al.* (2005) realizaram um estudo de coorte em quatro municípios da Zona da Mata de Pernambuco, em que foram acompanhadas 528 crianças até um ano de vida. Para o estudo de caso-controle, foram incluídas 117 crianças (22,2%) em risco nutricional e 411 crianças (77,8%) com peso adequado. Quanto ao peso ao nascer, a chance de apresentar risco nutricional aos 12 meses de idade foi 29 vezes maior para as crianças que nasceram com peso de 1.500 g a 2.499 g, onde notadamente o BPN foi um fator contribuinte para o risco nutricional ao final do primeiro ano de vida.

Gerou-se uma expectativa do ganho ponderal como condição para a alta hospitalar:

Todo dia eu tava lá, todo dia. Aí eu sempre olhava o peso, e o doutor disse que quando ele tivesse com o um quilo e oitocentos ele ia pra casa... Eu olhei o peso dele, aí deu um e oitocentos, e o doutro chegou tarde, chegou umas dez hora, e eu perguntei, não sei como é o nome da doutora uma que tinha lá, não, se ele não der eu dou a alta dele hoje, aí eu fiquei alegre demais. Me preocupei também

devido a alimentação dele, e não podia pegar muita poeira, e essas coisa. Aí só que ela (esposa) quis ir simhora logo, na hora que deram alta ela se animou logo pra ir simhora, aí viemo simhora... (PAI 05).

A aquisição do peso desejado e o anúncio esperado da alta hospitalar abriu espaço para preocupações com a alimentação e estímulos externos que pudessem afetar a saúde do RN pós-alta. A insegurança divide espaço com alegria de levar o filho para casa. Este achado coincide com o de Waldow (2007), em que, mesmo querendo seu filho em casa, alguns pais relataram ter medo de cuidar do bebê.

A preparação para a alta hospitalar é um tempo de orientação multiprofissional junto à família para que esta compreenda as necessidades e se prepare para receber o novo componente familiar (SILVEIRA, 2012a). É um momento desejado, porém permeado de ansiedade e insegurança acerca do cuidado do filho. Representa um desafio; produz grandes expectativas (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007; ANJOS *et al.*, 2012; FONTOURA *et al.*, 2011).

As competências da família estão relacionadas ao amparo que esta pode destinar ao RN, à capacidade de cuidar, à compreensão do que possui em relação às respostas de satisfação desta criança, às questões sociais, financeiras e culturais que influenciam o entendimento e aceitação do prematuro pela família (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

A recuperação do BPN é celebrada com vistas à aceitação alimentar:

Pra mim era uma alegria bem forte, porque a minha filha tava se recuperando depressa. E só na quantidade que ela se alimentava quer dizer que a pessoa já tá se recuperando. (PAI 07).

A afetividade paterna estabelecida é expressa com o contentamento pela melhora do filho. Campos, Silva e Amaral (2010) defendem a ideia de que é fundamental os pais saberem que o meio onde a criança se desenvolve e o aporte nutricional e afetivo que recebem determinam alterações biológicas, expressando alguma enfermidade, inclusive atraso no desenvolvimento neuromotor.

Por menor que fosse o aumento, havia um motivo para festejar:

No dia lá que aumentava duas graminhas, mas tava aumentando. E lá eles botava o peso todo dia de manhãzinha, eles pesavam e botavam o peso lá. E quando tava às vezes na mesma...é

complicado. Às vezes não aumenta, mas uma graminha que seja, uma grama é pouca coisa, mas pra aquele jeito ali. **(PAI 08)**.

Os pais associavam a ausência de ganho de peso do filho ao distanciamento do dia da alta, acrescido de um componente de ansiedade pela possibilidade de ter ocorrido alguma complicação adicional:

Chegou uma vez ou foi duas, que eu cheguei e ela (esposa) falou pra mim que a criança tava com o peso, o mesmo peso do dia passado ela tava. Aí eu ficava, a gente ficava, eu ficava muito preocupado, triste com isso...Teve essas duas vezes que eu fiquei meio triste. Que eu ansioso que ela viesse simhora, a nenê e a mãe dela, e teve essas duas vezes que eu cheguei lá que ela disse. Eu fui bem cedo e ela disse: “Não, tá o mesmo peso”. Eu fiquei meio triste, fiquei já sem, comecei a passar já, até a pensar já em coisa ruim. **(PAI 09)**.

A frustração e o temor permeiam os sentimentos paternos na iminência de um piora ou maior permanência hospitalar. No estudo de Waldow (2007), os anseios paternos se voltavam para que o filho superasse a situação inicial e também era intencionado ver o filho correndo em casa, fazendo bagunça e se desenvolvendo de forma semelhante ao bebê a termo.

Entende-se que para os pais é importante aumentar, independentemente do quanto. A estagnação do peso exprimia-se como agravante a uma situação complexa. O dia a dia da internação após o nascimento foi intensivamente marcado pelo desejo de aumento do peso pelo filho e sua ida para casa:

Ela (filha) tinha que ganhar um peso pra ela sair. A minha preocupação era tanto da mãe dela se alimentar como a criança também... E a criança tá ganhando peso? Eu dizia: como é que tá? Todo dia eu perguntava, ligava. Antes de eu ir eu perguntava como é que tava, se ela tava ganhando peso normal e tava indo tudo bem... Não tinha um dia que eu não ligasse antes. Além de eu ir eu ainda ligava pra saber como é que estava o estado dela... A gente fica contando, todo dia pergunta pra saber se ela aumentou alguma coisa. **(PAI 09)**.

Há uma preocupação impressa com a companheira na mesma dimensão que da filha. É a expressão da boa relação do casal que se estende à família. Este resultado converge com o de Waldow (2007), em que o desejo de propiciar apoio à mãe também foi

um fator que se mostrou presente na interação com a companheira no momento de prematuridade.

É importante atentar para como o relacionamento dos pais interfere na interação com os filhos. Falceto *et al.* (2008) realizaram em Porto Alegre um estudo com 118 famílias em que havia casal coabitando e que tinham lactentes de quatro meses de nascidos, objetivando identificar fatores associados à falta de envolvimento do pai nos cuidados do lactente. Foi evidenciado o fato de que problemas de relacionamento moderados e graves entre os casais contribuíam para o não envolvimento do pai no cuidado a o filho.

Silva e Piccinini (2007) realizaram um estudo de casos coletivos com três pais que se declararam satisfeitos com a paternidade em que a qualidade das suas relações com as esposas foi caracterizada como boa em um relacionamento marcado por pouco conflito e grande facilidade de diálogo. Para os autores a boa relação do casal facilita o envolvimento paterno com o filho.

### **5.3 Transição da amamentação para alimentação complementar**

A temática desta seção traz os elementos do discurso paterno sobre a introdução de alimentos complementares ao filho nascido PMT de MBP, com os significados que os pais atribuíram e a forma como o cuidado se dá para assegurar a sua nutrição.

#### **5.3.1 Introdução de novos alimentos: dúvidas e expectativas**

As práticas alimentares incidem no estado nutricional, na saúde e sobrevivência das crianças. A partir dos seis meses, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas só com o leite materno e esta já exibe maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. A introdução de alimentos na dieta da criança após esta idade tem a função de complementar as numerosas qualidades e funções do leite materno (MAIS *et al.*, 2014; BRASIL, 2010a).

O início da alimentação complementar consta no recordatório paterno, sem grandes dificuldades:

Ela não deu muito trabalho não. Pelo menos o suco na mamadeira ela toma direitinho. A sopa ela ainda questiona. Mas acabava que tomando também. Não teve nenhuma dificuldade não. Procurar

variar, para nunca ser muito excesso de só uma fruta só. É porque como ela era pequena. Era assim, as receitas das conversas era a comida variada. Porque era o processo em que a criança estava descobrindo os sabores. Tinha que mudar os gostos das coisas. **(PAI 01)**.

Obtém-se deste discurso a oferta de suco, sopa, variedade alimentar e a descoberta de sabores. Na orientação para uma alimentação complementar saudável na infância, o Ministério da Saúde comunica que o suco tem baixa densidade energética e não deve representar uma refeição, mas ser oferecido depois. O termo sopa não pode substituir papas ou comidas, que têm maior densidade e carga energética. Justifica que a dieta variada garante a nutrição adequada, pois os nutrientes estão distribuídos em quantidades diferentes nos alimentos que são classificados em grupos, de acordo com o nutriente que trazem em maior quantidade (BRASIL, 2010b).

O momento de introdução da alimentação complementar foi orientado por um profissional de saúde ao definir que alimentação poderia ser oferecida:

As papinhas acho que foi sete meses... A gente começou por orientação da médica que acompanhava lá do posto ela passou umas, algumas... Um cardápio pra ela. Ela passou a se alimentar de uma sopinha que a minha esposa fazia, verdura. Na verdade foi orientado pela médica. Ela passou o que deveria a gente alimentar ela, então a gente seguiu o que ela pediu sempre. **(PAI 02)**.

É objetivo da ENPACS que a alimentação complementar seja iniciada em tempo oportuno (BRASIL, 2010a). Mais *et al.* (2014) aponta que habitualmente o início tem sido precoce e inadequado. Permite conhecer o contexto social e promover a corresponsabilização e o protagonismo dos sujeitos.

No que tange ao PMT, o início da alimentação complementar depende de sua maturidade neurológica. Emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão, e não a idade cronológica da criança. O PMT necessita um programa de orientação alimentar e nutricional padronizado, incluindo rotinas básicas e adequando às suas necessidades (SILVEIRA, 2012b).

Os RN PMT dos pais do estudo tinham seguimento ambulatorial por pediatra e por equipes da Atenção Básica à Saúde. A orientação do início da alimentação complementar foi feita por profissionais de saúde, associada à prescrição do alimento a ser oferecido. Mesmo que a indicação dos alimentos tenha um amparo técnico, não houve

isenção de avaliação por alguns pais quanto à disponibilidade dos nutrientes que seriam consumidos pelo filho, vislumbrando sua contribuição para o crescimento e desenvolvimento:

Para que ela cresça e se desenvolva...No caso da sopinha dela a médica passou que ela se alimentasse a base de cenoura, beterraba e batatinha. Vejo que cenoura tem bastante vitamina A, no caso da beterraba tem bastante ferro, a vitamina A ajuda a desenvolver talvez a parte mais psicológica dela, ou seja, o ferro vem pra melhorar talvez, o ferro seria da beterraba pra melhorar o tipo de sangue ou alguma coisa assim. E a batatinha que tem bastante carboidrato. Eu nunca pesquisei se aquilo de fato era adequado para ela. Mas assim, do que eu entendo, é... Ali era bastante adequado, no caso do tipo de fruta que ela pediu, e nós continua dando algumas fruta, não só orientado por ela, mas que nós achamos que é bom pra ela. **(PAI 02)**.

O acompanhamento deste grupo de crianças faz-se imprescindível para a promoção da saúde. Vasconcelos *et al.* (2012) evidenciou que a educação em saúde no âmbito da puericultura propocionou o empoderamento das mães, o que foi constatado no discurso coeso e coerente em relação ao que foi exposto e preconizado, favorecendo a um processo de reflexão e de fortalecimento do cuidado inerente à mãe e ao filho. As mães enfocaram a alimentação como fator primordial para a saúde da criança.

A orientação alimentar aos pais faz parte ações circunscritas por Melo, A. *et al.* (2013, p. 76), em que a atenção ao RN PMT na infância implica conhecimentos sobre as circunstâncias clínicas e provisão de cuidados, incluem suporte nas dificuldades de crescimento, desenvolvimento e alimentação, retinopatia e problemas de audição, assistência diante de problemas respiratórios e recomendações especiais na imunização.

A menção à disponibilidade de ferro e vitamina A na dieta do filho aponta para o consumo de nutrientes importantes na manutenção da saúde. Uma em cada três pessoas no Mundo é afetada pela deficiência de vitamina A, ferro ou iodo. São manifestações clínicas dessas carências, a morte materna e infantil, resposta imunológica diminuída, cegueira, retardo mental e anemia, que afetam mais de meio bilhão da população mundial (BRASIL, 2007).

A possibilidade de um desequilíbrio na saúde do filho no início da alimentação complementar inspirou temor em alguns pais:

Depois de seis meses ele começou a comer outros alimentos. Só a papinha dele mesmo. Aí depois começou a dar fruta... Foi as

meninas do posto que orientou... Eu fiquei com medo assim, porque me falaram que podia ter infecção, assim, que ele era pequeninho. Eu pensava que não podia, que não podia dar. Não, dê mais um pouquinho desse jeito, que eu tinha medo de pegar alguma infecção. Mas depois... **(PAI 03)**.

A preocupação deste pai encontra assento na afirmação de que, em contraposição ao AM, a introdução de outros alimentos expõe as crianças ao risco de infecções. Quando a criança passa a receber a alimentação complementar, aumenta a possibilidade de doenças diarreicas, que constituem importante causa de morbidade e mortalidade entre crianças pequenas. Os maiores problemas dessa ordem são a contaminação da água e alimentos, durante sua manipulação e preparo, inadequada higiene pessoal e dos utensílios, alimentos mal cozidos e conservação dos alimentos em temperatura inadequada (BRASIL, 2010b).

Alguns pais descrevem a experiência do início da alimentação complementar como traumática, pelo medo dos agravos que pudessem ter origem com a introdução dos novos alimentos e de uma suposta hospitalização:

A partir de seis meses, porque a gente ia pro doutor...e pra doutora aqui no PSF... Eles começaram a mandar, eles passaram outra dieta. Que era frutas, era a sopinha, era suco. Aí foi o tempo que nós começemo... Foi outro trauma, eu não querendo deixar com medo de fazer mal...eu sou super supersticioso... aí começou a dar uma vez só no almoço, a sopinha. “Dê duas vezes, bota na geladeira e bota em banho maria”. Tá bom, mas eu não deixava não, vamos dar só uma vez. A gente dava mingau. Eu tinha medo dele não aceitar e voltar pro hospital de novo. Meu medo era dele ficar doente. O médico escreveu lá tudinho o que era pra dar pra ele. A sopa, como a gente era muito, não sabia assim, aí ele escreveu. Veio tudinho. Tantas gramas de carne, cheiro verde, o tanto de água, cenoura, batatinha, chuchu, deixar uma hora lá no fogo. Aí a gente faz tipo assim do jeito que a gente sabe fazer, no dia-a-dia. Mandou botar uma coisas aí, uma folhas. A gente bota só o básico mesmo. Só batatinha... **(PAI 08)**.

Foi dito para os pais quando iniciar a alimentação e o que oferecer, aduzindo-se o modo de preparar, o quantitativo de cada ingrediente, o tempo de fervura. Mesmo assim, o componente da insegurança os leva a reduzir a variedade e a vetar a oferta de alguns alimentos ao filho. O medo de que o filho adoeça e ingresse em nova internação é reflexo da experiência da vivência hospitalar após o nascimento.

O período de enfrentamento da hospitalização após o nascimento é caracterizado por frustração e estresse, que rompem a estabilidade da família. Em entrevistas realizadas com pais e mães que se encontravam acompanhando o filho hospitalizado em um serviço de Neonatologia por Silva *et al.* (2009), foram identificados sentimentos que denotam a não aceitação do estado em que se encontram. O desespero e a incerteza em relação à sobrevivência do filho foram manifestados por ser um evento inesperado.

A probabilidade de hospitalização em um RN PMT de BPN no primeiro ano de vida é referida por Menezes *et al.* (2010), ao definirem as internações como um importante indicador de morbidade grave que deve ser monitorizada em todos os grupos etários. A hospitalização durante o primeiro ano de vida, em um estudo realizado em Pelotas-RS, esteve intensamente associada a fatores de risco, como a pobreza, prematuridade e baixo peso ao nascer.

Ressalte-se que oito dos participantes não experimentaram hospitalização do filho, exceto, quando o bebê nasceu. Mesmo vislumbrando os estímulos que podem ocasionar uma morbidade, os pais anunciam que seus filhos são saudáveis.

A discordância quanto à oferta de alimentos para alguns pais se pautou na percepção da fragilidade orgânica do filho:

A primeira vez quando eu soube eu não concordei não. Até eu fiz uma zoada aqui, achei ela muito nova pra dar, eu achei a alimentação pesada, pra idadezinha dela. Mas era minha cunhada e minha mãe começaram a dar pouquinho, deram escondido e depois quando vieram dizer eu quis me zangar... Eu tinha medo dela... Ela tava recebendo bem. Eu tinha medo de lá na frente, questão de horas, ela se sentir mal. Porque eu achava que o organismozinho dela não estava preparado pra receber esse tipo de alimentação. **(PAI 06)**.

A noção da fragilidade foi apreendida com o nascimento do filho PMT de MBP e permaneceu impregnada em alguns pais. No estudo de Waldow (2007), os pais de RN relacionaram prematuridade com o nascer antes do tempo e associavam o evento a necessidades especiais, malformação, problemas de saúde, tamanho reduzido, sensibilidade e fragilidade. Foi identificado ainda o uso de palavras no diminutivo, quando os pais objetivavam a diminuição dos problemas enfrentados com os termos coisinha, operaçãozinha, infecçãozinha, probleminha. Para a autora, pode ter sido originado na

dificuldade dos participantes, como da equipe, na hora de comunicar à família a notícia de intercorrências com a saúde do bebê.

Alguns itens alimentícios prescritos tiveram sua indicação conceituada como anormal para a idade do filho:

A minha participação mais era quando já tava feita a sopinha e eu ficava olhando, como era a forma dela se alimentar, dela comer. Mas sempre discutia assim, além daquilo ali não dar coisas, tem gente que gosta de botar um feijãozinho, um arroz. Aí também já era anormal, pela idade dela. **(PAI 06)**.

Revela-se a vigília paterna durante a alimentação do filho com um olhar para o que come e como está comendo. A prescrição alimentar despertou estranheza em alguns pais:

Os dois doutor que acompanha ela, os dois pediatra que acompanha. Eles passaram a sopa, o que é que era pra botar, como é que era pra ser feito. Essa sopa, quando eles passaram... Essas coisas que a gente achou assim meio estranho. Eu achei estranho botar o ovo e óleo na sopinha dela. **(PAI 09)**.

A proposta de promoção da alimentação saudável prevê o respeito à identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras, resgatando e valorizando os alimentos produzidos localmente. Destaca-se o fato de que, no início da introdução dos alimentos complementares, as preparações básicas, como arroz, tubérculos, feijão, legumes, verduras, carnes e ovos, sejam oferecidas separadas no prato da criança, pois a criança precisa conhecer os novos sabores e texturas dos alimentos (BRASIL, 2010b).

Cabe que se reflita como é a comunicação entre pais/cuidadores e profissionais de saúde/prescritores. A forma como os anseios e dúvidas são tratados e a comunicação que se estabelece entre estes agentes como uma forma de assegurar que a criança não sofra prejuízos por privação de alguns nutrientes que aos pais não parecem adequados. É necessário atender as dúvidas e dispor de informações claras que estabeleçam a segurança dos pais quanto ao que oferecer ao filho.

O grande desafio do profissional de saúde é conduzir a introdução de alimentos complementares de maneira a auxiliar adequadamente mães e cuidadores. É preciso atender as necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios e também os êxitos. São aspectos

com a mesma magnitude do conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação complementar saudável (BRASIL, 2010a).

Junto à alimentação complementar, observou-se a indicação do uso de fórmulas infantis:

Com seis mês mais ou menos, porque todo mês nós ia e ela perguntava qual era o alimento que ele podia comer e o leite, aí ele mandou dar sopa e mandou dar esse leite nestogeno. (**PAI 05**).

As preparações lácteas com adição de cereais assumiram-se no cenário de baixa produção de leite materno:

Seis meses. Porque só o leite não servia pra ela (filha). Passou a dar o mingauzinho a ela, era como ela se contentava. Que ela chorava muito e a gente pensava que era alguma coisa que ela sentia. Aí ela (esposa) começou a dar um mingauzinho a ela e foi como ela já dormiu mais tranquila...Ela dava o leite e com uma hora e pouco que ela tinha dado o leite ela começava a chorar, chorar, chorar. E ela não tinha o leite, a mama pra dar pra ela. (**PAI 09**).

Não houve implementação do AME até os seis meses de vida pelos filhos destes pais. E a continuidade do leite materno após os seis meses foi comum a duas crianças. É preconizado que a introdução de novos alimentos seja para complemento do leite materno, e não para substituição. Após o início da alimentação complementar, indica-se a manutenção do AM até os dois anos de vida, pois o leite materno se mantém fonte importante de calorias e nutrientes e fator de proteção contra doenças (BRASIL, 2010 b).

Em virtude do seguimento dos RN, o tempo da introdução de alimentos foi oportuno, considerando a recomendação da ENPACS. As orientações alimentares intentaram uma alimentação de qualidade e que proporcionasse o bom crescimento e desenvolvimento. O AM não foi bem-sucedido, porém, e a alimentação complementar suscita melhor acompanhamento e discussão de como é efetivada pelos pais.

Carvalho (2013) considera que o seguimento ambulatorial do PMT não é tarefa fácil. É um espaço de continuidade do processo de aprendizado e de suporte para compreensão da importância do seguimento.

### **5.3.2 Provisão do melhor alimento para o filho: responsabilidade e cuidado**

A provisão de alimentos e o atendimento de todas as necessidades do filho com prontidão é mostrado com satisfação. Não se observa apenas a obrigação em

manter a alimentação, mas também em proporcionar o desenvolvimento adequado do filho:

Satisfação em poder dar o que eles precisam. Acho que é isso mesmo. A satisfação em saber que todos estão sendo alimentados. Não vou deixar faltar o que eles precisam. Principalmente em relação ao desenvolvimento deles. **(PAI 01)**.

A disposição do alimento ultrapassa a condição material que identifica o pai provedor. Não se caracteriza estritamente o papel do homem que não poderá deixar de oferecer sustento à família, mas a intencionalidade do bem-estar do filho alicerçada na satisfação de suas necessidades. A alimentação e a nutrição adequadas são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças e constituem direitos humanos fundamentais pelo fato de representarem a base da própria vida (BRASIL, 2010a).

Dentre os participantes do estudo de Freitas *et al.* (2009), a paternidade foi indicada mais como aquisição de um encargo social do que como espaço de envolvimento afetivo com o filho. Esse encargo aparece associado à preocupação com o bem-estar dos filhos, no sentido de lhes garantir subsistência e proteção.

Algumas dificuldades comprometem a participação do pai na compra e a qualidade do que é comprado para alimentar o filho:

Ultimamente eu tô indo poucas vezes, minha esposa está comprando mais essas frutas por aqui mesmo, nos comércios mais próximos. Porque a gente comprava num supermercado que fica um pouco distante daqui... No momento eu não tô tendo moto... Tanto é diferença na fruta como no preço... Pra ser sincero na qualidade das frutas são muitas diferenças e preços é pouco diferença. **(PAI 02)**.

A esposa referida não exerce atividade laboral fora de casa. O pai trabalha dois turnos (manhã e tarde). Na impossibilidade de deslocamento, e com o dia comprometido, a companheira assume o ato da compra, porém há uma insatisfação assumida com a qualidade do que lhes é dado por opção para nutrir o filho. É fundamental e indispensável que as mães, os cuidadores e a família recebam orientações e sejam apoiados para a adequada introdução dos alimentos complementares (BRASIL, 2010 a).

No estudo de Falceto *et al.* (2008), houve menor envolvimento paterno no cuidado ao filho em associação ao não exercício de atividade trabalhista externa pela mãe. Bustamante e Trad (2005) exprimem que, nas famílias de camadas populares,

enquanto o homem é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar, à mulher cabe a dimensão da autoridade de manter a unidade do grupo, que corresponde à valorização de seu papel de mãe e em sua capacidade de administrar os recursos, muito mais que no fato de ela ter um trabalho remunerado, o que é considerado atribuição masculina.

O pai faz uso de um olhar acurado na escolha dos alimentos que compra para assegurar a qualidade:

A fruta mais é eu que compro. Eu olho bem as frutas, se estão boa pra trazer pra ele. (**PAI 03**).

O cuidado na seleção alimentar é fruto do vínculo pai-filho. A dependência do sucesso da alimentação complementar, entre outros fatores, do comportamento afetivo por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança (BRASIL, 2010a).

A parceria entre pai e mãe na compra das frutas a serem consumidas pelo filho sustenta-se no acordo de que à mulher fica delegada a escolha do que será adquirido:

Ela escolhe só. Eu fico com o nenê e ela escolhe só...Ela sabe o que é pra ele e eu não pergunto não. (**PAI 04**).

A confiança nas escolhas feitas pela mãe, por ela saber o que é ideal para o filho, retrata o quanto inquestionáveis se fazem o cuidado e a função materna para o pai. Para alguns, esta escolha acertada é uma competência:

Era eu e ela sempre botava fruta na fruteira. Deixava ele na avó dele e nós ia comprar. Ela que escolhe, sempre tem a mão boa pra escolher as coisas. Escolhe, aliás, até hoje ela que escolhe. (**PAI 05**).

O entendimento desta habilidade pauta-se na diferenciação das ações exercidas por homens e mulheres dentro das famílias. Para os informantes do estudo de Bustamante e Trad (2005), ser mãe implica saber administrar a casa, oferecer uma alimentação adequada, “na hora certa”, para a criança. São atribuições da mãe os cuidados corporais e as práticas de saúde, tanto as caseiras quanto as que envolvem serviços de saúde e práticas alternativas como a reza, por exemplo.

A credibilidade dispensada por parte dos pais nas escolhas feitas pelas mães decorre da concepção, destes, de que é uma prática segura. Quando os pais precisam

escolher o alimento que irá compor a alimentação do filho, sua preocupação é dupla, na tentativa de acertar a preferência materna e satisfazer ao filho:

Só uma vez que eu fui pra comprar só. Eu fui comprar umas verduras e umas laranjas, que ensinaram pra dar o suco da laranja... É uma sensação de eu trazer alguma coisa que não fosse do gosto da mãe dela. Até porque eu tinha medo de trazer uma laranja que não fosse doce, uma laranja azeda, porque eu não tenho base dessas coisas. Minha preocupação é essa. É tanto que eu disse pra ela, não, é melhor você ir, você vai mesmo, você sabe, você já tem costume de comprar. **(PAI 09)**.

É válido destacar o fato de que as mães necessitam de suporte para que suas escolhas sobre alimentação do filho concorram para seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Alves *et al.* (2012), em estudo envolvendo 118 mães com crianças de 12 a 14 meses, em Belo Horizonte, identificaram um padrão alimentar inadequado nas crianças avaliadas, com pequena duração do AME, introdução precoce de alimentos complementares e consumo de dieta desbalanceada. As mães haviam sido orientadas sobre os aspectos da alimentação infantil, e suas crianças foram assistidas regularmente durante o primeiro ano de vida. As autoras intuíram os achados sugerem as mães como ainda não são suficientemente orientadas quanto à oferta de alimentos complementares ao leite materno, ou que ainda não incorporaram conceitos.

Considerar que a mãe tem uma habilidade, baseada na experiência adquirida nos afazeres domésticos, para a seleção de alimentos do consumo familiar, faz com que alguns pais se eximam de participar do ato da compra:

Eu vou lhe dizer sinceramente que nessa parte eu fico perdido nessa parte de alimento. Essa parte eu já deixo mais pra mãe dela, a parte do alimento. Como ela tem mais experiência do que eu aí eu já deixo pra ela. É tanto que alguma coisa eu já digo assim pra ela: tá aqui. Aliás, em tudo da casa ela é quem é a dona da casa, em termo de comprar o que tá faltando. **(PAI 09)**.

Esta responsabilidade da nutrição do filho, naturalmente, atribuída à mulher como se fosse exercida sem entraves ou consequências e possa isentar-se de orientação, pode ser refletida com o resultado do estudo de Caetano *et al.*(2010), realizado com 179 mães de lactentes saudáveis, baseados nos registros alimentares de sete dias. As participantes referiram que as práticas alimentares adotadas eram,

predominantemente, baseadas em sua própria experiência de vida ou na da sua família (67,6%). O pediatra ficou em segundo lugar e a mídia em terceiro; mostrou elevada frequência de práticas e consumo alimentares inadequados em lactentes muito jovens.

Neste estudo, mesmo quando questionados, os pais negaram aplicar à rotina alimentar do filho hábitos advindos de sua experiência familiar.

O desejo de tornar públicos o prazer embutido no ato da compra e escolha do alimento do filho aos amigos permeou alguns pais, que consideram ser uma atitude importante no exercício da paternidade:

Era nós (pai e mãe). Às vezes a mãe (avó paterna) ficava aqui enquanto a gente ia. Às vezes eu ia só também. Ah...queria até que meus colegas vissem. Tem gente que esconde, eu tinha o prazer de alguém me ver ... Pra ela (filha) a gente fazia algo especial. Comprava, selecionava as frutas, seleciona aliás. Até hoje ela tem uma comidazinha assim diferenciada da nossa, em termos de frutas. **(PAI 06)**.

No estudo de Freitas *et al.* (2009), alguns dos pais participantes apontaram uma paternidade que não se limita ao aspecto financeiro do provimento paterno. Houve os que se referiram às suas responsabilidades como pai de modo mais amplo, extrapolando as responsabilidades sociais como provedor. As autoras concebem a ideia de que viver uma relação de carinho ao mesmo tempo em que nutre, protege e educa, permite a pais e filhos experimentarem em plenitude suas relações sociais.

Há uma diferenciação destacada entre a alimentação da criança e dos demais membros da família. A alimentação à base de frutas não sucede na mesma disponibilidade aos pais como ocorre para os filhos. Presume-se que o *status* atribuído à alimentação da criança pelos pais se assenta sobre seu vínculo com a manutenção da saúde. Brasil (2010a) ensina que o consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, em especial entre as crianças menores de dois anos. A prática alimentar inadequada neste grupo, particularmente nas populações menos favorecidas, é associada ao crescimento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição, excesso de peso e por carências de micronutrientes.

O ato da compra e seleção é sucedido pela conservação e monitoramento da qualidade para consumo. O cuidado em ofertar alimentos que não tenham sido refrigerados por períodos de dias é rotineiro por parte de alguns pais:

Sou eu que compro. Ainda hoje. É porque ela (esposa) entra de manhãzinha na fábrica e só sai de três horas da tarde. É uma satisfação muito grande. Eu que faço parte de comprar as coisas pra ela, o que fica dentro da geladeira, pra mim eu já tenho uma base. Por exemplo, uma fruta que tá dois, três dias na geladeira eu já não dou mais pra ela. Ali eu separo, eu vou no mercado comprar alguma coisa nova pra ela da mesma fruta que tem. **(PAI 07)**.

Nota-se que nesta relação, em que a mãe também trabalha, o pai justifica a impossibilidade de sua participação na escolha dos alimentos e toma para si a atividade, sendo enfático em declarar que lhe proporciona satisfação.

No intuito de evitar a oferta de alimentos que não sejam frescos, há pais que se programam para conciliar a rotina de trabalho e a compra de alimentos de forma a não os conservar em refrigerador por dias seguidos:

Era eu e minha esposa. Era a gente que ia comprar. Eu não compro assim de muita coisa, até dá até pra comprar que dê pra uma semana, mas eu não gosto de coisa de geladeira. Tem gente que compra carne, frango, batatinha. Eu folgo um dia e outro não. Eu posso ir ali comprar duas batatinha...É melhor comprar coisa fresca do que deixar na geladeira. Algumas coisas dele assim sempre é diariamente que a gente compra. A gente não compra carne pra ficar pra cinco dias pra ele. Sempre a carne que a gente compra, o frango, a gente bota na sopa hoje e amanhã. **(PAI 08)**.

Observa-se que os pais querem garantir os alimentos e assegurar que sua ingestão não cause danos. O consumo de frutas na infância é recomendado por sua importante composição de vitaminas e minerais que contribuem para o crescimento. As carnes fazem parte das preparações básicas indicadas na alimentação complementar (BRASIL, 2010b).

É importante registrar que a além da responsabilidade atribuída para cuidados que envolvem atividades domésticas, também lhe é dada a função de intermediar as informações sobre a saúde dos filhos. Os pais declararam que não participam das consultas de seguimento dos filhos e alguns desconhecem se é permitido que frequentem o consultório com os filhos, ao mesmo tempo declararam não serem convidados pelos profissionais de saúde e terem pouca disponibilidade de tempo.

### 5.3.3 Promoção da alimentação saudável

A alimentação do prematuro abrange aspectos que se referem ao seu desenvolvimento global e qualidade de vida, determinado pelo equilíbrio de suas necessidades biológicas, suporte ambiental e familiar (VENSON; FUJINAGA; CZLUNIAK, 2010). Promover uma alimentação saudável é uma medida de promoção e proteção à saúde a longo prazo. No exercício da paternidade, o cuidado com os hábitos alimentares se desvela com restrições de consumo que pais julgam prejudiciais aos filhos:

O açúcar em excesso é negativo...A gente não gosta, é porque a gente não faz é gostar mesmo de coisa muito doce. O sal da comida dela é pouco. Eu tenho um peso mais elevado. Não tenho um histórico assim para dizer que é pressão alta. Mas pela mãe dela também já ter tido pré-eclâmpsia então a comida é com pouco sal. **(PAI 01)**.

O entrelaçamento do excesso do doce e o controle do consumo de sal com o peso paterno, e antecedentes maternos de elevação da pressão arterial orienta no sentido de se pensar aqui a vinculação da prática como prevenção ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na família.

O modelo de alimentação adotado pela família constituirá os hábitos alimentares de seus membros. Na nutrição infantil, os cuidadores das crianças deverão ter por consenso o fato de quais alimentos deverão compor sua rotina:

Às vezes a gente tem até problema aqui em casa porque minha mulher não gosta muito de fruta. Ela gosta mais de frituras, essas coisas, de salgado e o que não é bom. Então eu procuro mais é impor meus bons hábitos pra ela (filha) do que aceitar os dela (esposa). Porque eu sei que isso é muito problema, traz muita coisa negativa pra gente. Refrigerante eu não gosto que ela tome... A gente já tem uma noção de que tipo de alimento faz bem pra ela. Então alguma coisa que seja gordurosa, ou refrigerante...Devido o ácido do refrigerante, o gás. E refrigerante não faz bem em hipótese alguma. Talvez que a gordura, ela traz uma série de malefícios pro ser humano, ela vindo em excesso. E também o tipo de gordura. E sendo para uma criança eu entendo que esses maus são maior, principalmente pra uma criança que não tem tanta defesa no organismo, não tem tanto anticorpo, no caso da gordura talvez que ela venha ter diabetes ou problema cardíaco. **(PAI 02)**.

A diferença de preferências alimentares entre pai e mãe faz este pai anunciar que seus hábitos irão ser introduzidos na alimentação da filha. A noção de que gordura e refrigerante causam danos à saúde, concorrendo para que ocorram DCNT e a atenção para a baixa imunidade na infância, demonstram o investimento na manutenção da saúde da filha.

O plano estratégico para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022 aponta como determinante social destes agravos a alimentação inadequada, que constitui fator de risco modificável. É objetivo da Política Nacional de Promoção de Saúde promover a alimentação saudável. As DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, contribuindo com mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011b).

Ser acometido por estes agravos é algo que os pais vêem como possível, partindo do alimento que se ingere:

Assim, sempre eu mando ela colocar pouco sal na comida dele e ela coloca pouco sal. Nem sei dizer assim muito, mas sei que não é bom, porque a gente ver falar de sal. Faz mal. Traz muitas doenças... Têm algumas coisas, de sal, açúcar, diabete, coisa assim, pressão, eu tenho medo. **(PAI 03)**.

O consumo de sal está indicado em pequena quantidade a partir dos oito meses de idade, quando a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família. Indica-se que o consumo de açúcar seja evitado até os dois anos de vida (BRASIL, 2010b).

Usa açúcar no mingau pouco. No mingau e no suco coloca pouco açúcar. Por causa que fica muito doce, o leite ninho já é doce aí ela bota pouco pra poder dar um gostinho a mais e coisa doce demais faz mal por causa da diabete, aliás, ele tá querendo até tomar coca (refrigerante) e eu não tô deixando ele tomar e se acostumar. **(PAI 05)**.

A adição de açúcar é praticada mesmo que com cautela. O controle da quantidade consumida visa a não permitir desenvolvimento de doenças metabólicas,

enquanto o veto ao consumo do refrigerante objetiva evitar que se estabeleça como hábito:

A gente não costuma dá esses todyinho (achocolatado) porque eu vejo que não é tão saudável. Não é tão saudável. Mas assim... Talvez até eu poderia fazer uma comparação se estes tipo de suco que eu particularmente não gosto que seja dado a ela, já disse pra minha esposa e ela sabe. Eu prefiro dá um suco natural de fruta. Esse suco artificial que é comprado em caixinha, eu não acho isso saudável, mas assim, que seria... Se o todyinho seria menos mau até, porque parece que ela aceita muito bem isso. **(PAI 02)**.

São considerados alimentos não nutritivos os refrigerantes, salgadinhos, açúcar, frituras, doces, gelatinas industrializadas, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados e outras guloseimas. O consumo destes está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares (BRASIL, 2010 b).

Eu vejo assim, não é que seja o momento dela comer, é algo que eu não quero que der a ela é comida gordurosa. É algo meu , eu acho que é outra coisa que pra ela, pra idade dela, por ser prematura. Se gordura tá fazendo mal até pra gente adulto, quanto mais pra uma criança. Colesterol , no sangue e aí vai. Tendo colesterol aí vem outras complicações. **(PAI 06)**.

O objetivo de proporcionar um crescimento saudável ao filho é exercitado pela restrição de alimentos julgados prejudiciais:

Eu gosto de sal, eu gosto de doce, mas eu não quero isso pra ela não. Porque eu acho que gera doença o sal demais, o açúcar... Já ouvi falar em obeso e em outras coisas. Negócio de pressão, essas coisas, que tudo ele, ele não gera aquela doença, mas evolui, aquela doença. Aí eu acho que prejudica. O que eu quero pra ela é que ela tenha uma vida saudável, cresça uma criança saudável. **(PAI 09)**.

A II Pesquisa de Prevalência de AM, realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou o consumo de alimentos não saudáveis, com consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) por crianças com idade de nove a 12 meses caracterizando como inoportuna a introdução de alimentos complementares, podendo isto ser inadequado do ponto de vista energético e nutricional (BRASIL, 2009b).

Em estudo de Caetano *et al.* (2010) a análise da frequência de ingestão semanal evidenciou elevado percentual de consumo de alimentos industrializados, refrigerantes e sucos artificiais entre as crianças avaliadas.

#### **5.3.4 Custo alimentar: “se é pro bem do meu filho não é caro”**

Muitas são as responsabilidades que envolvem a maternidade e a paternidade. O compromisso com a nutrição do filho implica dispor de recursos financeiros para suprir suas necessidades alimentícias e, por conseguinte, proporcionar seu desenvolvimento. Para os pais, é fundamental a provisão alimentar diretamente impactada pela condição social de cada família:

Não. Acho que não. Assim vai muito do conceito o que é o caro. Eu acho que está dentro do patamar das coisas que precisa para a criança. A gente foi criado com papinha, papa de água e goma, e é diferente deles. Mas graças a Deus dentro das condições está equilibrado as coisas. O que eu ganho é suficiente. Graças a Deus não deixo faltar nada não. **(PAI 01)**.

As preocupações paternas no tocante às demandas financeiras emergem do anúncio da gestação. Como pressupõe Manganiello (2012), a ambiguidade de sentimentos que alguns pais exprimem neste momento reflete a responsabilidade do papel paterno, que modifica as funções familiares e sociais de filho para pai, a necessidade de prover financeiramente a família e de desempenhar a paternidade.

Pesquisa sobre a participação masculina no trabalho doméstico com pais de crianças pequenas, feita por Bruschini e Ricoldi (2012), exprime que o significado da paternidade para os informantes correspondeu à passagem para a vida adulta, maior responsabilização dos homens desde sua emancipação como pais e casados, pela responsabilidade que esse fato acarreta, moral e economicamente.

O custo alimentar é vivenciado por alguns pais com dificuldade que equilibram o aporte financeiro e as opções de alimento, assegurando que este seja fornecido ao filho:

É caro, tudo é caro... Com dificuldade, porque não tem nada sem dificuldade, mas dá. Com dificuldade... sempre tá dando. Assim, têm umas frutas mais caras que tem semana que não dar pra comprar aquelas mais caras, aí a gente compra aquelas mais barato, mas tá dando. Assim, pêras são mais caras, mas dar pra comprar. **(PAI 03)**.

Neste estudo, sete dos nove pais participantes são os provedores do lar e da família. Consoante, Bornhold, Wagner e Staudt (2007), na abordagem de cinco pais que aguardavam o nascimento do primeiro filho, três referiram uma sobrecarga por serem os principais provedores da família, responsáveis pelo sustento econômico.

O conceito do que é caro é flexibilizado. O que sustenta o filho não é caro, mas o atendimento às necessidades do próprio pai é de custo elevado. Há uma negação de valor pela responsabilidade e comprometimento em suprir as necessidades materiais do dependente:

Não, aliás pra ele eu nunca achei nada caro, tudo que ele quer eu dou, já pra mim se for coisa pra comer eu acho caro, mas pra ele não. Sempre eu comprava. Não, não consigo dizer que é caro não, já pra mim eu consigo assim, pra mim é caro. E pra ele sapato, leite, fruta... O mais caro que eu acho só o leite que é o leite ninho. **(PAI 05)**.

No estudo de Vieira e Souza (2010), feito com 11 homens que moravam sozinhos com seus filhos, ser pai foi considerado uma grande responsabilidade, que só é sentida por quem assume realmente o filho. Para isso, não basta ter gerado o filho, é preciso estabelecer um compromisso com ele, ser responsável por atender às suas necessidades, estar presente e acompanhar o desenvolvimento do filho, participando do seu cotidiano e dos cuidados diários.

Para alguns pais, não importa a relação entre custo e o poder aquisitivo. Importa que é prioritário comprar o alimento, porque é para o atendimento ao filho:

Caro assim porque as coisas de um dia pro outro se modifica. A gente chega num supermercado, num mercado pra comprar e às vezes é outro preço...Então a gente compra, eu tenho que comprar, porque é pra minha filha. **(PAI 07)**.

A falta de um vínculo empregatício e de uma renda fixa foi um agravante para alguns pais:

Quando ela veio pra casa a gente já foi logo Nestogeno... Já compremo logo uma lata. Foi caro na época. Foi porque pra mim logo que ela chegou, depois de um mês mais ou menos, às vezes eu trabalhava dois dia, às vezes trabalhava três dias, às vezes eu trabalhava uma semana toda. Não foi bem de achar caro, foi aquela dificuldade da gente poder, porque a pessoa sem ter um emprego fixo é muito ruim. **(PAI 09)**.

A referência à dificuldade de compra de fórmula infantil por problemas com a amamentação fortalece a vantagem econômica do AM para a família (BRASIL, 2009a). Assegurar o sustento na vivência da dificuldade financeira é desafiador para os pais. A dependência que o filho tem do cuidador faz com que este se assuma como seu mantenedor. Neste estudo, oito dos nove participantes são pais de primeiro filho.

Piccinini *et al.* (2012) realizaram em Porto Alegre, um estudo com 38 pais de primeira vez, dezessete destes deram destaque às mudanças trazidas pelo nascimento do bebê, considerando a necessidade de priorizá-lo, adaptar-se ao seu ritmo e dedicar-se a ele constantemente, em virtude da sua total dependência dos pais.

### **5.3.5 Entrelaçamento paterno no cotidiano do filho**

O termo prematuridade é carregado de dúvidas, tanto dos profissionais como dos pais dessas crianças, os quais necessitam de toda informação possível sobre os cuidados aos seus filhos (BONFIM; NASCIMENTO, 2007). O desenho da atenção considera que a evolução de crianças prematuras requer acompanhamento que assegure aos seus pais e familiares prestarem cuidados que favoreçam adequado crescimento e desenvolvimento (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Os pais vivenciam restrições com relação a executar tarefas do cuidado diário aos seus filhos:

E também eu nunca troquei uma fralda dela, só tentei algumas vezinha. Mas banho eu já tenho dado. Às vezes ela (esposa) pede pra eu distrair ela, fazer alguma coisinha pra ela poder aceitar a comida. (PAI 02).

O plano de cuidados de um RN PMT deve incluir a capacitação dos pais para o cuidado, de forma que sua ida para casa esteja associada à capacidade dos pais para prover os cuidados que lhe assegurem viver com qualidade e o máximo de saúde possível. Tavares e Rego (2010) preconizam que na estada hospitalar da mãe e do RN os problemas neonatais devem ser identificados, de forma que os pais sejam orientados e treinados para prover os cuidados ao filho.

Frota *et al.* (2013) argumentam em favor de que, na promoção da saúde, sejam envolvidos no plano de cuidados da equipe de Enfermagem, no plano terciário, os pais na responsabilidade do cuidado, considerando que os riscos e agravos no período pós-

neonatal não se dissipem, à medida que o neonato seja assistido com segurança pela família. Para os autores, as informações não podem ser apenas assimiladas pelos pais, mas, sobretudo, compreendidas e incorporadas no cuidado domiciliar do RN após alta.

O ato de banhar aparece com recorrência nos discursos com uma intensa limitação, associada a despreparo e temor no manuseio pelo tamanho da criança demonstrando insegurança:

Comecei a banhar ele desde que ele tava mais durinho, seis meses. Quando ele era pequenininho eu tinha medo... Mas não troco bem não essas fralda aqui... Ah eu me sinto um cara bom, me sinto, ah eu fico pensando, ser pai é tão bom, uma coisa maravilhosa... Eu acho que é responsabilidade de quem é pai. **(PAI 03)**.

Este discurso traz o reconhecimento da prestação de cuidados como inerente à responsabilidade paterna e a satisfação em participar ativamente na função de pai. Para Waldow e Borges (2011), o cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em si e nos outros, ao se satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando o potencial de cada um para cuidar.

Freitas *et al.* (2009) discorrem sobre o papel exercido pelo pai com a inserção da mulher no mercado de trabalho, fazendo com que homens e mulheres dividissem as atividades domésticas e o cuidado com os filhos em que a paternidade não tem por marca o patriarcado, mas um pai que se envolve nas relações parentais.

A competência de realizar o banho, para alguns pais, se efetivou desde o crescimento do filho. O maior tamanho foi proporcional ao menor medo de manusear a criança pequena:

Eu dou um banho nela, eu banho ela já, ela já grandinha mesmo já. Ela pequena não, nunca. Só a minha esposa, porque eu tinha o maior medo de pegar nela. Assim de derrubar ela. **(PAI 07)**.

Foi evidenciado no estudo de Freitas *et al.* (2009), com suporte na abordagem qualitativa de dez pais, que alguns homens começam a se preocupar em paternar/cuidar o filho, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento de modo mais próximo, realizando cuidados socialmente considerados femininos, de modo que o provedor afetivo emergir no provedor material.

Estudo realizado com oito pais vivenciando a primeira experiência da paternidade assinalou a autopercepção deles como presentes no cotidiano de seus filhos,

por participarem ativamente da sua educação e dividirem as tarefas de cuidados com a mãe da criança. Os pais se descreveram como carinhosos, atenciosos, atentos e preocupados com o filho. Alegaram que ser um pai presente também implica dividir com a mãe os cuidados básicos do filho. Para estes pais, atividades tipicamente exercidas pela mãe em algumas famílias são igualmente compartilhadas entres ambos os pais, fazendo com que homem e mulher dispensem na assistência do filho a mesma quantidade de tempo (GABRIEL; DIAS, 2011).

Além do sentimento de não estar habilitado para banhar, há associação de uma questão de gênero de ser pai-homem e banhar uma filha:

Ela (esposa) manda até eu banhar ela, e eu não me sinto assim adaptado pra banhar uma filha minha mulher. Dou amor, dou carinho, dou tudo, mas eu banho, eu já evito de banhar ela. Por duas coisas, por ela ser mulher e eu não sei banhar. Eu tenho medo de colocar água até no ouvidozinho dela. (**PAI 06**).

Esta situação que delinea o pai no cuidado da filha surgiu no estudo de Bustamante e Trad (2005), em que os informantes consideraram que o gênero da criança envolve diferenças importantes nos modos de cuidar. Homens e mulheres consideram que a menina precisa de mais cuidados corporais do que o menino, na higiene e na arrumação. Os cuidados que envolvem manipulação do corpo são considerados “negócio de mulher”, algo que a mulher faz melhor, como parte de seus instintos e porque desde cedo, se preparou para isso.

Um conjunto de crenças e valores sobre o masculino e o feminino, estabelecidos social e culturalmente, com suporte nas diferenças entre os sexos, determina a formação de um sistema simbólico que norteia e sustenta a vida dos homens e a das mulheres (FREITAS *et al.*, 2009).

Há um senso de que a criança nascida prematura necessita de mais cuidados. Observou-se preocupação exacerbada em preservar a saúde do corpo do filho. O cuidado é expresso como medo que inspira a prevenção de acidentes domésticos a controle de fatores ambientais que podem desencadear alterações fisiológicas:

Até porque a nenê é uma nenê que precisa de muita atenção, que todas crianças precisa, mas ela é uma criança que precisa de mais cuidado. Em termos do, vamos supor, eu tenho medo dela porque ela é uma criança muito ativa, apesar de ser nova, uma criança muito espertinha. Numa rede eu tenho medo dela cair. Se ela tiver dormindo e eu tiver em casa com ela eu sempre digo, tem que tá

todo tempo olhando. E em termos de poeira, dessas coisas, porque nós temos um cachorro em casa. É um cachorro manso, mas a gente tem medo. E essas coisas que eu me refiro, até uma sobrinhazinha (guarda-chuva) dela, que tá diretamente aqui... Ela é muito danadinha também, e eu tenho medo dela acertar alguma coisa nela ou derrubar, ou puxar, alguma. Aí em termos dessa preocupação é mais é essa coisa. Às vezes ela fica no andajazinho e eu tenho medo dela puxar alguma coisa, um fio... **(PAI 09)**.

A afirmação da necessidade de “mais cuidado”, quando se fala de um filho nascido prematuro, revelou-se no estudo de Waldow (2007), entre 12 dos 20 participantes, quando questionados sobre a possibilidade de mudanças em decorrência da prematuridade revelaram terem se tornado mais cuidadosos, tencionando proteger o bebê, mais inseguros e preocupados, ou com maior carinho e mais amor.

Percebe-se a amplitude da perspectiva deste pai para as habilidades da filha e os fatores que podem desencadear um acidente em domicílio, podendo produzir desde lesões leves, quando menciona a possibilidade de ela se machucar com algum objeto, a lesão grave, se houver contato com um fio elétrico. Há uma prestação de cuidados orientada para manter a integridade física da filha.

Acker e Cartana (2009), em um estudo que envolveu sete mães e cinco pais, estabeleceram em consenso a ideia de que a realidade domiciliar pode ser transformada, se os pais ou cuidadores entenderem que a casa pode não ser um local seguro, tornando-se necessário adotar medidas de segurança domiciliar, evitando descuidos e negligências no cuidado à criança, que se torna mais vulnerável ao acidente doméstico, quando não recebe atenção necessária ou na oportunidade em que os familiares desconhecem ou negligenciam a segurança no domicílio, de acordo com as características de cada fase de crescimento e desenvolvimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela compreensão da participação paterna na vida do filho foi compensadora, por haver ensejado contato com homens que vivenciam intensamente o amor pela sua cria e prezam pela manutenção da sua vida, abraçando a missão de atender a todas as suas necessidades. Constatou-se que o cuidado é considerado pelos pais em muitas dimensões. O filho prematuro é caracterizado como frágil, o que demarca a consciência de ofertar cuidados que reduzam a possibilidade de adoecimento, relacionando-se com o temor da perda do filho.

As limitações deste estudo de abordagem qualitativa, podem ser referidas quanto a não impossibilidade de deduzir que todos os pais de PMT de MBP em Sobral vivenciam as mesmas condições. Todos os informantes pertenciam a mesma classe social e viviam condições semelhantes. Os discursos instigam a realização de um ensaio etnográfico, em que se possa acompanhar esta interação do pai com o filho e família, e a vivência do cuidado dispensado à condição nutricional da criança. Não se operou a observação participante pela restrição de tempo dos pais. Ressalta-se que este cuidado que se buscou compreender e sua apresentação se fazem fundamentais para reflexão da atenção que estes agentes demandam.

Enfatize-se que em um contexto de desigualdades sociais, a vulnerabilidade vivenciada pelos participantes e sua família, ganha realce por reforçar os riscos de morbimortalidade e comprometimento do desenvolvimento saudável destas crianças.

Esta compreensão oriunda da escuta atenta dos pais leva-nos a propor que os serviços de saúde estabeleçam uma relação de proximidade para orientações sistemáticas, oportunas e adequadas, em que a condição social seja conhecida e considerada e assim sejam reduzidas e/ou eliminadas as dúvidas e se possam atender as necessidades destes pais, maximizando seu potencial para cuidar.

Neste estudo demonstra-se a complexidade que envolve a nutrição do prematuro de MBP na vivência de seus cuidadores. A imaturidade que acompanha este nascimento antecipado demanda ofertar alimento no início na vida a um ser com restrições fisiológicas. O desafio reside no manejo adequado desta condição, preponderante para sua sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde com repercussões na vida adulta.

A importância que o pai atribui à amamentação tem enfoque nas propriedades biológicas do leite materno. Seu acesso a informações sobre o tema foi restrito, originando-se, em maior parte, da mídia televisiva. Pôde-se constatar o exercício de apoio e incentivo, com a apreensão que cada um fez da importância do AM. A inserção de homens em ações de promoção da amamentação faz-se imprescindível para que, junto à companheira, este possa ampliar as possibilidades de aleitamento ao filho.

As dificuldades vivenciadas por pais e mães e na amamentação do PMT de MBP expressaram a necessidade de apoio especializado no momento em que os impedimentos são expressos, de forma que se maximizem as chances de manutenção da lactação e promoção do AME. Não foi feita menção de apoio de profissionais após a ida da criança para o domicílio, exceto durante a internação hospitalar em que havia atendimento especializado.

Observou-se um déficit de conhecimento sobre a oportunidade do início da alimentação complementar. A decisão de quando e do que oferecer foi realizada por profissionais de saúde. Os pais falaram em “alimentos prescritos” em “cumprimento e obediência desta prescrição”, em associação a temores que refletem dúvidas, as quais vão se interpõem entre às orientações, configurando uma desobediência, por parte de alguns, ao que é de fato oferecido à criança. Esse achado conduziu a se questionar que protagonismo foi exercido pelos pais neste momento de transição e de que forma o saber e a atuação do profissional de saúde fizeram encontro com as dúvidas e inseguranças dos pais.

Em paralelo à concepção de tempo precoce à introdução de alguns alimentos, foi propiciado observar-se um movimento por uma alimentação saudável, com restrição ao consumo de produtos industrializados e excesso de sal, açúcar e gordura. Mesmo que algumas das crianças já tenham consumido refrigerantes, achocolatados e sucos não naturais, os pais se assumem contra uma rotina alimentar de que constem estes itens, justificando o conhecimento da relação destes com DCNT, como obesidade, diabetes e hipertensão. Foi demonstrado que a preocupação do pai excedia a alimentação do filho e estendia-se à família, a quem ele também deseja que tenha saúde.

A separação de gênero entre afazeres masculinos e femininos foi evidenciada quanto a cuidados que correspondem às atividades domésticas. Ressalta-se que, neste estudo, apenas duas mães trabalhavam fora de casa. Mesmo partilhando da compra e

seleção dos alimentos, os pais delegavam às mães a escolha, por acreditarem que era acertada e vinha de uma experiência das atividades exercidas no lar. O preparo do alimento configurou-se exclusividade da mulher, e os pais que contribuíam consideravam que estavam ajudando por não corresponder a uma atribuição sua. A oferta do alimento, da mesma forma foi delegada às mães que, por vezes, solicitam que os pais ofereçam suporte. Alguns deles alegaram sobrecarga de trabalho, inaptidão, medo de causar uma doença no filho, mas a alegação maior é de que a atividade é da mulher.

O custo alimentar mostrou-se um paradoxo, no discurso em que a afirmação de que o alimento é caro é contraditada, quando refletida a ideia de que para o atendimento da necessidade do filho não tem custo; e há uma valorização pela provisão, ou seja, não poderá faltar o que o filho precisa. Para isso, alguns pais assumem a privação do consumo de bens em seu favor. Por estes pais serem, somente eles, os que detêm renda no domicílio e com profissões que não são muito remuneradas, supõe-se que haja uma sobrecarga no que se refere ao financeiro.

A sobrevida do filho, seu crescimento, a não recorrência de internação e o desenvolvimento de habilidades levam os pais a avaliarem as capacidades do filho como adequadas para a idade. É hábito comparar o filho prematuro com um nascido a termo que tenha mesma idade em relação à constituição física e habilidades. Ao concluírem compatibilidade ou superioridade alguns pais questionam se a prematuridade de fato acarreta problemas no desenvolvimento.

Pode-se identificar o fato de que os cuidados diários em maior parte são realizados pelas mães, porém os pais alegaram despreparo para fazê-los. Foi expressa, ainda, uma questão de gênero no cuidado paterno, pois para alguns pais, o banho de filhas não deve ser feito a não ser pela mãe.

A paternidade aqui delineada consta um modo de ser pai marcado pelo cuidado, interação, preservação da vida e na maximização das potencialidades de proporcionar um viver com qualidade ao filho. Não está estrita à oferta de nutrientes.

Enseja-se que as reflexões deste trabalho possam fomentar o investimento à participação do pai na família, que as questões limitantes à alimentação do RN PMT de MBP continuem sendo foco de investigações para superação e melhoria, almejando-se que os desafios enfrentados pela família encontrem maior amparo para sua segurança.

Estimular a participação paterna na vida do filho e partilha das responsabilidades de cuidado com a companheira desde a gestação, ampliando as possibilidades de efetivação de sua presença no pré-natal, parto e momentos que seguem o nascimento.

Promover a inserção do pai nos planos de cuidado do filho considerando inclusive ambiente hospitalar na ocorrência de internação, propiciando sua participação efetiva.

Efetivar o envolvimento do pai no cuidado ao filho e capacitá-lo, desde o nascimento, promovendo sua segurança para interagir e realizar cuidados diários.

Envolver o pai nas ações de promoção do AM enfocando o aspecto biológico do LM, mas destacando o estabelecimento do vínculo mãe-filho e seus benefícios para a família, bem como a importância do apoio paterno para manter a amamentação.

Implementar, nos serviços de saúde de atenção básica, o seguimento da amamentação do prematuro no início da vida com oferta suporte à família para superação das dificuldades que poderão levar a interrupção da lactação ou interferir na capacidade de cuidar.

Ampliar os diálogos entre pais e profissionais de saúde na introdução da alimentação complementar, para que haja compreensão do momento adequado/oportuno e das propriedades nutricionais dos alimentos indicados, de forma que a criança não seja privada de ser nutrida adequadamente e lhe sejam assegurados o desenvolvimento e crescimento saudáveis.

## REFERÊNCIAS

ACKER, Justina Inês Brunetto Verruck; CARTANA, Maria do Horto Fontoura Cartana. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 1, p. 64-70, jan./fev. 2009.

ALMEIDA, Maria Beatriz Vidigal Barbosa. **Paternidade e subjetividade masculina em transformação**: crise, crescimento e individualização. Uma abordagem Junguiana. 2007. 269f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Públ.**, v. 46, n. 1, p. 68-76. Epub Jan 06, 2012.

ALVES, Alexsandra Maia. **Morbidade respiratória neonatal e fatores associados ao óbito por síndrome do desconforto respiratório em Unidades de Terapia Intensiva no município de Fortaleza**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

ALVES, Cláudia Regina L. *et al.* Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. **Rev. paul. pediatr.**, v. 30, n. 4, p. 499-506, dez. 2012.

ANJOS, Lucy Sobieski *et al.* Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 571-577, jul./ago. 2012.

ARAÚJO, Luciane de Almeida; REIS, Adriana Teixeira. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012

ARNON Shmuel *et al.* Nutrição precoce de neonatos prematuros estáveis e pequenos para a idade gestacional: um ensaio clínico randomizado. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 89, n. 4, p. 388-393, jul./ago. 2013.

ASKIN, Debbie Fraser. Problemas de saúde dos recém-nascidos. In: HOCKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David. **Wong: fundamentos de Enfermagem pediátrica**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap.9, p.249-330.

BAHL, Rajiv *et al.* Setting research priorities to global mortality from preterm birth and low birth weight by 2015. **J Glob Health**. v. 2, n. 1, jun. 2012.

BALBINO, Aldiânia Carlos *et al.* Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20 (esp 1), p.615-620, dez. 2012.

BARROS, Marina Carvalho Moraes; GUINSBURG, Ruth. Psicopatologias no prematuro. In: **Manual seguimento ambulatorial do prematuro**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012, p. 53-62.

BECK, Stacy *et al.* The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 31-38, 2009.

BETTIOL, Heloisa; BARBIERI; Marco Antonio; SILVA, Antônio Augusto Moura. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010.

BONFIM, Daniela Andrade da Silva; NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira do Nascimento. Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade. **Rev Enferm UNISA**. v. 8, p. 17-22, 2007.

BORNHOLDT, Ellen Andrea; WAGNER, Adriana; STAUDT, Ana Cristina Pontello. A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 75-92, 2007.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães *et al.* O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1287-1296, out./dez. 2011.

BOYKOVA Marina; KENNER,Carole. Transition From Hospital to Home for Parents of Preterm Infants. **J Perinat Neonatal Nurs.**, v. 26, n.1, p. 81-87, jan./mar. 2012.

BRAGA, Danielle Freitas; MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. C. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 293-302, maio/jun. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** . Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Carências de Micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. **ENPACS** : Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável : Caderno do Tutor Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNS nº 466, 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: 2012a.

\_\_\_\_\_. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; RICOLDI, Arlene Martinez. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 259-287, jan./abr. 2012.

BUSTAMANTE, Vânia; TRAD, Leny A. Bomfim. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1865-1874, nov./dez. 2005.

CAETANO, Michelle Cavalcante *et al.* Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 3, p. 196-201, maio/jun. 2010.

CALIL, Valdenise Martins Laurindo; VINAGRE, Roberto Diniz. Aleitamento materno em situações especiais. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2 ed. São Paulo: Manole, cap.5, p.-361-376 , 2010.

CAMARGOS, Ana Cristina Resende *et al.* Desenvolvimento motor de crianças pré-termo moderadas aos sete e oito anos de idade. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 182-187. abr./jun. 2011.

CAMELO JUNIOR, José Simon. Recém-nascidos de muito baixo peso e estado nutricional: certezas e incertezas. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 5-6. 2005.

CAMPOS, Jocileide Sales; SILVA, Anamaria Cavalcante; AMARAL, João Joaquim Freitas. Promoção da saúde da criança: uma decisão em defesa da vida. In: LOPEZ, Fabio

Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2 ed. São Paulo: Manole, cap 3., p.181-192 , 2010.

CARDOSO-DEMARTINI, Adriane de Andre *et al.* Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 55, n. 8, p. 534-540, nov. 2011.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto- enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARNEIRO, Jair Almeida *et al.* Fatores de risco para a mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. paul. pediatr.** v. 30, n. 3, p. 369-376, set. 2012.

CARVALHO, Alciléa Leite de. **Seguimento de recém-nascidos egressos de Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva da integralidade da atenção à saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

CARVALHO, Karenina Elice Guimarães *et al.* História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) em Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.10, n. 4, p. 477-481, out./dez. 2010.

CARVALHO, Jovanka Bittencourt Leite de *et al.* Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 734-738, set./out. 2009.

CASTILHO, Silvia Diez; ROCHA, Marco Antônio Mendes. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CASTOLDI, Luciana; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 247-259, abr./jun.2014.

CASTRO, Keila Formiga *et al.* Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 433-439, 2009.

CASTRO, Márcia Pimentel de; RUGOLO, Lígia Maria Suppo Souza ; MARGOTTO, Paulo Roberto. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 34, n. 5, p. 235-242, jan./maio 2012.

CAVALCANTE, Miriam Aparecida de Abreu. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. 2007. 153f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo , São Paulo, 2007.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, out./dez. 2013.

CEARÁ, Secretaria Estadual de Saúde. **Coordenadorias regionais**. Disponível em < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 10. fev. 2013.

CHANG, Hannah H *et al.* Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. **The Lancet**, v. 381, n. 9862, p. 223-234, jan. 2013

CHAVES, Roberto G.; LAMOUNIER, Joel A.; CESAR, Cibele C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 3, p. 241-246, maio/jun. 2007.

CHIODI, Lucilei Cristina *et al.* Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 6, p. 969-974. 2012.

CORREIA, Luciano Lima *et al.* Prevalence and determinants of child undernutrition and stunting in semiarid region of Brazil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 19-28, fev. 2014.

COSTA, Suely Alves Fonseca *et al.* A experiência da família do recém-nascido prematuro no domicílio. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-749, out./dez. 2009.

CREPALDI, Maria Aparecida *et al.* A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. **Psicol. estud.**, Maringá, v.11, n.3, p. 579-587, set./dez. 2006.

CUSTODIO, Zaira Aparecida de Oliveira; CREPALDI, Maria Aparecida; LINHARES, Maria Beatriz Martins. **Estud. psicol.** Campinas. v. 31, n. 2, p. 247-255, abr./jun. 2014.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos**. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 09 de março de 2014.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro. v.11, n.3, p. 739-743, jul./set. 2006.

DELGADO, Susana Elena; HALPERN Ricardo. Amamentação de prematuros com menos de 1.500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, São Paulo, v. 17, n. 2, maio/ago. 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.157-184.

DEVREUX, Anne-Marie. A paternidade na França: entre igualização dos direitos parentais e lutas ligadas às relações sociais de sexo. **Soc. estado**. v. 21, n. 3, p. 607-624, set./dez. 2006.

ENTRINGER, Aline Piovezan *et al.* Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. **Rev. Saúde Públ.**, v.47, n.5, p. 976-983, 2013.

especificidades. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 835-852, 2013.

FALCETO, Olga G. *et al.* Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1034-1040, 2008.

FERNANDES, Rosângela Torquato *et al.* Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.10, p. 4033-4042, out. 2011.

FIGUEREDO, Sonia Fontes; MATTAR, Maria José Guardiã; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FONTOURA, Fabíola Chaves *et al.* Experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 518-525, jul./set. 2011.

FRAGA, Daniele Abruzzi *et al.* Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 33-41, 2008.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino *et al.* Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009.

FROTA, Mirna Albuquerque *et al.* Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, abr./jun. 2013.

GABRIEL, Marília Reginato; DIAS, Ana Cristina Garcia. Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 16, n. 3, p. 253-261, set./ dez. 2011.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. *In.*: BAUER, Martin W. GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa, com texto, imagem e som**. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 64-89.

GIACHETTA, Luciana *et al.* Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 24-29, jan./mar. 2010.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009.

GUIMARÃES, Gisele Perin; MONTICELLI, Marisa. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, out./dez. 2007.

HENNIG, Marcia de Abreu e Silva; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; MORSCH, Denise Streit. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010.

HOFFMANN, Maria Vitória; OLIVEIRA, Isabel Cristina Santos. Entrevista não-diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 923-927, nov./dez. 2009.

HORTA, Bernardo L. *et al.* Monitorização da mortalidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2006, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, supl. 2, p. 108-114, dez. 2008.

JOSSO, Marie-Christine. **Experiência de vida e formação**. São Paulo: Cortez, 2004.

JOVENTINO, Emanuella Silva *et al.* Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 176-184, 2011.

KAUFMANN, Cristina Corrêa *et al.* Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.157-165, jun. 2012.

LAMOUNIER, José Alves; LANA, Adolfo Paulo Bicalho. Aleitamento materno. *In.*: ALVES FILHO, Navantino *et al.* (Org.) **Perinatologia Básica**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 31, p.230-245. 2006.

LANSKY, Sônia *et al.* Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 117-130, jan. 2006.

LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, suppl.1, p. s192-s207, 2014.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**. v. 9, n.15, ago. 2012.

LEONE, Cléa Rodrigues; SADECK, Lilian dos Santos R.; PROGRAMA REDE DE PROTECAO A MAE PAULISTANA. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 21-26, 2012.

LIMA, Ana Paula Esmeraldo; JAVORSKI, Marly; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 5, p. 912-918, set./out. 2011.

LOPEZ, Claudia Peyres Lopez; SILVA, Roberta Gonçalves. Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 278-282, jun. 2012.

MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, p. 187-196, jan./mar. 2008.

MAIA, Paulo Ricardo da Silva *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 3, p. 285-292, jul./set. 2006.

MAIA, Polyana Candeia *et al.* Desenvolvimento motor de crianças prematuras e a termo: uso da Alberta Infant Motor Scale. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 670-675, 2011.

MAIS, Lais Amaral *et al.* Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014.

MANGANIELLO, Adriana. **Orgulho de Pai: cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez**. 2012. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARTINS, Aline de Carvalho. Paternidade: repercussões e desafios para a área de saúde. **Revista Pós Ciências Sociais.**, São Luís, v. 6, n. 11, p. 59-73, 2009.

MARTINS, Elisa Justo; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.

MATUHARA, Angela Midori; NAGANUMA, Masuco. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 81-90, 2006.

MEDEIROS, Andréa Monteiro Correia Medeiros; BERNARDI, Aretha Tatiane. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo. v. 16, n. 1 p. 73-79, 2011.

MELO, Ana M.C. *et al.* Características e fatores associados à assistência à saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 89, n. 1, p. 75-82. jan./fev. 2013.

MELO, Gleicia Martins de *et al.* Olhar materno sobre a dor do filho recém-nascido. **J Nurs UFPE on line.** v. 8, n. 1, p. 8-15, jan. 2014.

MELO, Leila Medeiros *et al.* Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 512-520, 2013.

MELO, Leila Medeiros. **(Con) Vivendo com o bebê prematuro de muito baixo peso (<1.500g):** a experiência materna durante a internação e após a alta hospitalar. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MELO, Rita de Cássia de Jesus; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira; PAULA, Cristiane Cardoso de. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 656-662, set./out. 2013.

MENEZES, Ana M. B. *et al.* Hospitalizações do nascimento ao início da adolescência e fatores de risco precoces: a visita de 11 anos da coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 1980-1989. out. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Org). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-104.

\_\_\_\_\_. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 32 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012b. p. 9-30.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva.** v.17, n.3, p. 621-626. 2012a.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde.12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

\_\_\_\_\_. O trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta.. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 32 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012c. P.61-78.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias; ALMEIDA, Mariza Silva. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, jan./fev. 2009.

MORAIS, Ana Márcia Bustamante de *et al.* Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 64, n. 1, p. 66-71, jan./fev. 2011.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; GOLDANI, Marcelo Zubaran. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 321-327, mar. 2010.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; ROCHA, Adriana Duarte da. Nutrição do recém-nascido prematuro. *In*: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; LOPES, José Maria de Andrade; CARVALHO, Manoel de Carvalho (Orgs.) **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. cap.9, p. 217-242.

MORKEN, Nils-Halvdan. Preterm birth: new data on a global health priority. **The Lancet.** v. 379, n. 9832, p. 2128-2130, jun. 2012.

MOTTA, Maria Eugênia Farias Almeida *et al.* O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida?. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 377-382, 2005.

MULLER, Fabiana Swain. **Representações sociais de um grupo de nutrízes sobre o apoio no processo de amamentação.** 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, out./dez. 2011.

NASCIMENTO, Maria Beatriz Reinert do; ISSLER, Hugo. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clin.** São Paulo, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003.

NASCIMENTO, Suelayne Gonçalves do *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 67, n. 2, p. 208-212, mar./abr. 2014.

NEVES, Larissa Santos Neves *et al.* Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 35, n. 2, p.156-161, 2011.

OLIVEIRA, Adriana Gonçalves de; SIQUEIRA, Pollyanna Patriota; ABREU, Luiz Carlos de. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v.18, n. 2, p. 148-154, ago. 2008.

OLIVEIRA, Eteniger Marcela Fernandes; BRITO, Rosineide Santana de. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 595-601, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de *et al.* Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 3, p. 281-295, ago./set. 2012.

PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo; CABRAL, Ivone Evangelista. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio:enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 314-322, abr./jun. 2011.

PALMEIRA, Jenifer dos Santos. **As percepções de pais pela 1ª vez na transição da paternidade.** 2012. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

PASSANHA, Adriana *et al.* Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Públ.**, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, 2013.

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis v. 20, n. 3, p. 445-452, jul./set. 2011.

PEREIRA, Leila Denise Cesário; GARBES, Rosângela. Orientações aos pais na alta da UTI neonatal. In: **Manual seguimento ambulatorial do prematuro.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. p.14-21.

PICCININI, Cesar Augusto *et al.* Envolvimento paterno aos três meses de vida do bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 303-314, jul./ set. 2012.

PINHEIRO, Luana; GALIZA, Marcelo; FONTOURA, Natália. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 851-859, set./dez. 2009.

PINTO, Elizabeth Batista. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. **Estud. psicol.**, Natal, v. 9, n. 3, p. 451-457, set./dez. 2004.

PINTO, Juliana Rodrigues. **Morbidade de crianças com baixo peso ao nascer durante o primeiro ano de vida na cidade de Sobral–Ceará.** 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Programa de Pós-Graduação em Pediatria. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2010.

PISACANE, Alfredo *et al.* A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. **Pediatrics**. v. 116, n. 4, out. 2005.

PONTES, Cleide M.; ALEXANDRINO, Aline C.; OSORIO, Mônica M. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 84, n. 4, p. 357-364, 2008.

PRADO, Luiz Carlos *et al.* Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, suppl. 0, p. 1-13, 2009.

PRETTI, Liziane Cristina *et al.* Caracterização dos fatores ambientais e o controle cervical de lactentes nascidos pré-termo. **Fisioter. Mov.**, Curitiba v. 23, n. 2, p. 239-50, abr./jun. 2010.

PROCIANOY, Renato Soibelman; SILVEIRA, Rita de Cássia. Importância do seguimento ambulatorial do pré-termo. In: **Manual seguimento ambulatorial do prematuro**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. p. 1-2.

REGO, Dias José *et al.* Aleitamento materno especial. In: SANTIAGO, Luciano Borges. **Manual de aleitamento materno**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2013. cap. 5, p. 145-187.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva, LINS, Rilávia Nayara Paiva, COLLET Neusa. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007.

REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ROLIM, Karla Maria Carneiro. **Enfermagem humanística**: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na unidade neonatal. 2006.196f. Tese (Doutorado de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2006.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CRUZ, Edwiges Maiara Florêncio; MAIA, Larissa Araújo. A importância do vínculo mãe/filho na atenção humanizado recém-nascido prematuro: percepção materna. **RETEP**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 779-783, 2012.

RUGOLO, Ligia Maria S. S. *et al.* Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 142-149, jun. 2007.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n.1(supl), p. s101-s110, 2005b.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Peso de nascimento: motivo de preocupação em curto e longo prazo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 359-360, set./out. 2005a.

SAMPAIO, Paula Florence *et al.* Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1349-1361, jul. 2011.

SANTORO JÚNIOR Walter; MARTINEZ, Francisco Eulógio. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 6, p. 541-546, nov./dez. 2007.

SANTOS Luciano Marques *et al.* Rede e apoio social de pais de prematuros hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal. **cuid. fundam.** v. 4 , n. 4, p. 2789-2796, out./dez. 2012.

SCHEEREN, Betina *et al.* Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p.199-204, 2012.

SCHMIDT, Kayna Trombini *et al.* A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, mar. 2012.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saude soc.**, v. 22, n. 2, p. 415-428, abr./jun. 2013.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004.

SILVA, Anamaria Cavalcante. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002.** 2003.114f. Tese (Doutorado em Pediatria)-Programa de Pós-Graduação em Pediatria. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, Bruna Turaça; SANTIAGO, Luciano Borges; LAMONIER, Joel Alves. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012.

SILVA, Carlos Roberto de Castro; MENDES, Rosilda; NAKAMURA, Eunice. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-41, jan./mar. 2012.

SILVA, Cristiana Ferreira da; REDE NORTE-NORDESTE DE SAUDE PERINATAL (RENOSPE) *et al.* Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 355-368, fev. 2014.

SILVA, Cristiane Alves da *et al.* Desenvolvimento de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 328-335, 2011.

SILVA, Eveline Franco; MUNIZ, Fernanda; CECCHETTO, Fátima Helena. da Silva; Fernanda Muniz. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFSM.** v. 2, n. 2, p. 434-441, maio/ago. 2012.

SILVA, Maria Adelane Monteiro *et al.* Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. **Rev. Referência**, Coimbra, II série, n.11, p. 37-46, 2009.

SILVA, Milena da Rosa ; PICCININI, Cesar Augusto. Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 24, n. 4, p. 561-573, 2007.

SILVA, Priscila Palma *et al.* A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 306-313, 2012.

SILVA, Waléria Ferreira; GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 160-171, jan./fev. 2013.

SILVEIRA, Mariângela F. *et al.* Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, out. 2008.

SILVEIRA, Rita de Cássia. Nutrição do pré-termo de baixo peso: aspectos gerais e no primeiro ano In: **Manual seguimento ambulatorial do prematuro**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012b. p. 30-35.

\_\_\_\_\_. Como organizar o seguimento do prematuro In: **Manual seguimento ambulatorial do prematuro**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012a. p. 3-7.

SUTTER, Christina; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Revista Psico.**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2008.

SWEET, Linda; DARBYSHIRE, Philip. Fathers and breast feeding very-low-birthweight preterm babies. **Midwifery**, v. 25, n. 5, p. 540-553, out. 2009.

TAVARES, Eduardo Carlos; REGO, Maria Albertina Santiago. Prematuridade e crescimento fetal restrito. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio.

**Tratado de pediatria:** Sociedade Brasileira de Pediatria. 2 ed. São Paulo: Manole, Seção 18, p.1445-1454, 2010.

TEIXEIRA, Daiane Cristina *et al.* Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 3, p. 563-576, set./dez. 2014.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 24, suppl. 2, p. s235-s246, 2008.

TOURINHO, Amanda Braga; REIS, Lílian Barros de Sousa Moreira. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. **Comun. ciênc. saúde**. v. 22, n. 4, p. 19-30. Ago. 2013.

TRINDADE, Cleide Enoir Petean; LYRA, João Cesar. O recém-nascido pré-termo. In: ALVES FILHO, Navantino *et al.* (Org.) **Perinatologia Básica**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 45, p. 406-416, 2006.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; TSUNECHIRO Maria Alice. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2005.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; TSUNECHIRO Maria Alice. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 79-88, 2007.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; TSUNECHIRO Maria Alice. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 14, n. 1, p. 93-101, 2006.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

UNICEF, UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Situação mundial da infância 2009:** saúde materna e neonatal. UNICEF, New York, 2009.

VALETE, Cristina Ortiz *et al.* Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. **Rev. Nutr.** v.22, n.5, p. 653-659, set./out. 2009.

VASCONCELOS, Viviane Mamede *et al.* Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 326-331, abr./jun. 2012.

VENSON, Crisiane; FUJINAGA, Cristina Ide; CZLUNIAK, Gilsane Raquel. Estimulação da sucção não nutritiva na "mama vazia" em bebês prematuros: relato de casos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 452-457, 2010.

VERAS, Renata Meira; TRAVERSO-YEPEZ, Martha Azucena. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso: Programa Canguru. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 61-80, jan-abr.2010.

VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo *et al.* A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2403-2409, 2007.

VICTORA, César Gomes *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet. Health in Brazil**. v. 377, n. 9780, p.1863–1876. May. 2011.

VIEIRA, Elaine Novaes; SOUZA, Lídio de. Guarda paterna e representações sociais de paternidade e maternidade. **Aná. Psicológica**., Lisboa, v. 28, n.4, p. 581-596, out. 2010.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, suppl.1, p. S85-S100, 2014.

VIERA, Cláudia Silveira; MELLO, Débora Falleiros de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 74-82, jan./mar. 2009.

WALDOW, Doris. **Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho**. 2007.166 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WHEELER, Barbara J. Promoção da Saúde do recém-nascido e da família. In: HOCKENBERRY, Marilyn J ; WILSON, David. **Wong: fundamentos de Enfermagem pediátrica**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap. 8, p. 203-248.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statistical Information System: Low birthweight newborns percentage**. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/2bwn/en/index.html>. Acesso em: 14 abr. 2013.

ZOMIGNANI, Andrea Peterson; ZAMBELLI, Helder José L.; ANTONIO, Maria Ângela R. G. M. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 198-203, 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista

#### Entrevista

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome

Idade

Escolaridade

Estado civil

Ocupação

Renda

N.º de filhos

Religião

Tipo de moradia

1 Como foi para você a notícia do nascimento antecipado do seu filho?

2 Quando você soube o peso dele ao nascer. O que você entendia sobre uma criança nascida de muito baixo peso?

3 Você acompanhou o início da alimentação dele após o nascimento? Que recordações você traz daquele momento?

4 Você pôde participar diariamente da alimentação do seu filho?

5 O que você considera que seja um nutritivo para seu filho?

6 Há algum alimento que você julgue não ser adequado ao seu filho?

7 Como é para você adquirir os alimentos para seu filho?

Márcia Maria Tavares Machado  
Orientadora/ Coordenadora do Projeto CNPq

Kellyanne Abreu Silva  
Pesquisadora Principal/Orientanda

## APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Data de Aplicação : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

No. DO FORMULÁRIO

### Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Prezado Senhor,

Meu nome é Kellyanne Abreu Silva, sou enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando em parceria com minha orientadora, um estudo com pais que tiveram filhos nascidos antes do tempo com muito baixo peso em que eu mesma faço a coleta e registro das informações. O objetivo é de compreendermos como foi que os pais passaram pela experiência de cuidar da alimentação de seu filho nos dois primeiros anos de vida. Faz parte de um estudo maior intitulado “Prematuridade e muito baixo peso ao nascer: avaliação das práticas alimentares e cuidados maternos, pós-alta hospitalar, Nordeste do Brasil”.

O nascimento prematuro, aquele que ocorre antes do tempo traz desafios para a criança e para seus familiares. É importante para nós conhecermos como foi vivenciados pelos pais a alimentação desse filho nos 2 primeiros anos de vida.

Fazemos o convite a sua participação como voluntário que é de muita importância para nós. Você só deverá aceitá-lo se coincidir com sua vontade. Iremos desenvolver um roteiro de perguntas. A você é dado o direito de fazer todas as perguntas que esclareçam suas dúvidas sobre esse estudo. As respostas solicitadas serão prontamente atendidas.

Ao aceitar participar será feita uma entrevista em local e horários combinados previamente em dia e hora que você tenha disponibilidade. Faremos uso de um roteiro de perguntas. Dada a importância das informações para o estudo e a necessidade de atenção merecida a sua fala peço sua permissão para gravá-la de forma a conservar tudo o que for dito para que depois possa ser transcrito e analisado fornecendo o resultado que se busca.

Não objetivamos abordar questões que lhe causem desconforto. As informações e opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou problemas a sua pessoa

e a confidencialidade lhe é assegurada com o tratamento das informações feito anonimamente. Objetivamos manter sua integridade e bem-estar.

Sua participação é voluntária e por isso você não receberá pagamento em dinheiro. Deixo claro que em qualquer momento do estudo você poderá recusar ou desistir de participar e também retirar seu consentimento sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Você não sofrerá nenhum risco ao participar da entrevista, mas caso o assunto abordado lhe traga algum desconforto e você deseje, poderemos articular o encaminhamento com psicólogo da equipe de do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) inserido no serviço do município.

As pesquisadoras responsáveis por este projeto são: Kellyanne Abreu Silva, Rua do Açude, 236- Jaibaras-Sobral-CE, CEP: 62107-000, Fone: (85) 3366-8045 ou (88) 9274 8942 e Márcia Maria Tavares Machado, Av. da Universidade, 2932 - Benfica - CEP 60020-181- Fortaleza-CE- Fone: (85) 3366 7452 - Fax: (85) 3366 7467. O Comitê de Ética em Pesquisa –CEP- da UFC situado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo – Fortaleza, CE - pelo telefone (85) 3366 8344.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador/Entrevistador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C- Termo de Consentimento Pós-Informado**

**Data de Aplicação :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **No. DO FORMULÁRIO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS –ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador de RG aceitei participar da entrevista do projeto de pesquisa intitulado **EXPERIÊNCIA PATERNA NO CUIDADO ALIMENTAR DO FILHO NASCIDO PREMATURO COM MUITO BAIXO PESO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**, na condição de sujeito da pesquisa. Declaro que meu voluntariado é de livre e espontânea vontade. Li cuidadosamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sabendo do direito a fazer perguntas e receber explicações para que eu pudesse ter total entendimento do estudo e seus objetivos. Estou ciente de que os resultados da pesquisa serão tratados sigilosamente, não serei identificado e minhas respostas serão tratadas com confidencialidade. Estou ciente que, caso eu não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem sofrer nenhuma penalidade. Foram esclarecidos os procedimentos, riscos e benefícios do estudo. Não receberei nenhuma remuneração pela minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do estudo. Estou ciente que poderei entrar em contato com os pesquisadores nos fones: (85) 3366-8045 ou com o Comitê de Ética da UFC pelo fone (85) 3366 8344. Declaro ainda que estou recebendo uma cópia assinada deste termo.

Sobral \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2013

	Digital	
Assinatura: _____		
Pesquisador		
Assinatura: _____		
Entrevistado		
Assinatura: _____		
Testemunha		

## APÊNDICE D- Produção Acadêmica 2012- 2014

### PRODUÇÃO ACADÊMICA 2012- 2014

**Kellyanne Abreu Silva**

Curriculum Lattes: :<http://lattes.cnpq.br/0444273418725029>

#### Formação acadêmica/titulação

**2012 - 2014** Mestrado em Saúde Pública.  
Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, Brasil  
Título: Experiência paterna no cuidado alimentar do filho nascido prematuro com muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida, Ano de obtenção: 2014  
Orientador: Márcia Maria Tavares Machado  
*Palavras-chave: Pai , Prematuro., Recém-nascido de baixo peso., Cuidado da criança., Nutrição da criança.*

#### Formação complementar

**2014 - 2014** Curso de curta duração em Revisão de artigos científicos.  
Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO, Rio De Janeiro, Brasil

**2014 - 2014** Curso de curta duração em III Workshop de Escrita Científica.  
Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, Brasil

#### Atuação profissional

##### 1. Hospital Regional Norte – HRN

###### Vínculo institucional

**2013** - Enquadramento funcional: Enfermeira Assistencial Enfermaria Canguru, Carga horária: 36 h

##### 2. Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA

###### Vínculo institucional

**2014**

Vínculo: Horista , Enquadramento funcional: Docente do Curso de Enfermagem , Carga horária: 18, Regime: Parcial

## PRODUÇÃO

### PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

#### ARTIGOS COMPLETOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

1. ALMEIDA, ROSA LIVIA FREITAS DE, BEZERRA FILHO, JOSE GOMES, BRAGA, JOSE UELERES, MAGALHAES, FRANCISMEIRE BRASILEIRO, MACEDO, MARINILA CALDERARO MUNGUBA, **SILVA, KELLYANNE ABREU**

Via, homem e veiculo: fatores de risco associados a gravidade dos acidentes de transito. Revista de Saúde Pública (Impresso). , v.47, p.718 - 731, 2013.

Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000400718&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400718&lng=en&nrm=iso)][doi:10.1590/s0034-8910.2013047003657]

2. MARTINS, A. F., BEZERRA FILHO, J.G., SILVA, K. A., RIBEIRO, M. A., QUEIROZ, A.C.M

Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. Revista de

Enfermagem da UFPI. , v.2, p.50-57 - , 2013.

Referências adicionais : Português. . Home page: [<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1219>]

## CAPÍTULOS DE LIVROS PUBLICADOS

1. MAGALHAES, F. B., BEZERRA FILHO, J.G., ALMEIDA, R. L. F., MACEDO, M. C. M., **SILVA, K. A.**

Tópicos iniciais ao estudo dos acidentes envolvendo transportes terrestres com enfoque na saúde coletiva In: Violências e Acidentes: uma abordagem interdisciplinar.1 ed.Fortaleza : Edições UFC, 2013, v.1, p. 281-292.

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9878572825825

## TRABALHOS PUBLICADOS EM ANAIS DE EVENTOS (RESUMO)

1. QUEIROZ, A. E. M., MESQUITA, K. O., LIMA, G. K., LINHARES, M. S. C., FREITAS, C. A. S. L, FLOR, S. M. C., **SILVA, K. A.** A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA AOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE PACIENTES COM HANSENÍASE In: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014, Vitória-ES. **IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2014. p.2295 - 2296

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [<http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>]

2. ANDRADE,S.P., QUEIROZ, A.C.M, QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, K. A.**, MARTINS, A. F. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER ATRAVÉS DA PROPORÇÃO DE GESTANTES QUE INICIARAM O PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE, NOMUNICÍPIO DE SOBRAL/CE In: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014, Vitória-ES.**IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2014. p.2353 - 2354

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários. Home page: [<http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>]

3. ANDRADE,S.P., QUEIROZ, A.C.M, QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, K. A.**, MARTINS, A. F., ESCOCIO, F. L. M., LINHARES, M. S. C. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA HANSENÍASE SEGUNDO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ), NO MUNICÍPIO DE SOBRAL/CE In: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014, Vitória-ES.**IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2014. p.2383 - 2383

Referências adicionais : Brasil/Português.

4. **SILVA, K. A.**, SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., MARTINS, A. F., RIBEIRO, G. C. BAIXO PESO AO NASCER E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS MATERNAS In: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014, Vitória-ES.**IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2014. p.2428 - 2428

Referências adicionais : Brasil/Português. . Home page: [<http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>]

5. MARTINS, A. F., **SILVA, K. A.**, BEZERRA FILHO, JOSE GOMES, SILVA, R. C. C., QUEIROZ, A. E. M., ANDRADE, S.P. VIOLÊNCIA ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES REGISTRADAS NOS CONSELHOS TUTELARES DE UMA CAPITAL BRASILEIRA In: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2014 **IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2014. p.2477 - 2477

*Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: [http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf]*

6. SILVA, K. A., FERREIRA, A. C. S., BRITO, S. A., QUEIROZ, A. E. M., MACHADO, M.M.T.

A percepção de mulheres em lactação exclusiva sobre o impacto das ações educativas no pré-natal In: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), 2013, Florianópolis-SC.

**Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON)**. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC, 2013.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários*

7. SILVA, K. A., ALENCAR, R. N. P., ARAUJO, M. V. U. M., MARTINS, M. M., MACHADO, M.M.T.

Percepção de mães de prematuros de baixo peso ao nascer sobre o método canguru In: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), 2013, Florianópolis- SC.

**Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON)**. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC, 2013.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários*

8. SILVA, K. A., FERREIRA, A. C. S., QUEIROZ, A. E. M., SILVA, M. S. S., SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T.

Percepção de mães sobre o incentivo ao aleitamento materno no pós-parto In: VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2013, Rio de Janeiro.

**VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários*

9. ANDRADE, S.P., QUEIROZ, A.C.M, QUEIROZ, A. E. M., BRITO, S. A., FERREIRA, T. S., MENDONÇA, T. A. A., **SILVA, K. A.**

A necessidade da qualidade de vida para a saúde mental dos idosos In: III Congresso Brasileiro de Saúde Mental, 2012, Fortaleza.

**III Congresso Brasileiro de Saúde Mental**. , 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Bretão.*

10. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, BEZERRA FILHO, J.G., SILVA, K. A., GAMA, I. S., SILVA, R. C. C.

Acidentes com crianças e adolescentes em Fortaleza - CE In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

11. SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., SILVA, A. S. R., MAGALHAES, F. B., MARTINS, A. F., VASCONCELOS, D. P., **SILVA, K. A.**

Ações de promoção do aleitamento materno em Hospital Amigo da Criança na Zona Norte do Ceará In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

12. SALES, E. N. B. G., CHAGAS, M. I. O., MENDONÇA, T. A. A., PAIVA, G. M., SILVA, K. A., MARTINS, A. F.

Acolhimento na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

13. SALES, E. N. B. G., CHAGAS, M. I. O., SOUSA, I. V., PAIVA, G. M., SILVA, K. A., MARTINS, A. F.

Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos usuários In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

14. SILVA, K. A., MOREIRA, A.C. A., FERNANDES, L. A., MARTINS, A. F., Silva, Maria Adelane Monteiro, MACHADO, M.M.T.

Acompanhamento de crianças nascidas prematuras em territórios da Estratégia de Saúde da Família In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

15. BRITO, S. A., QUEIROZ, A. E. M., QUEIROZ, A.C.M, FERREIRA, T. S., SOUSA, R. D. F., **SILVA, K. A.**

Aleitamento materno: educação em saúde para puéperas internadas em uma maternidade In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS.** , 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital*

16. SILVA, K. A., MORAIS, A. M. B., MACHADO, M.M.T., QUEIROZ, A. E. M., MARTINS, A. F.

Aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 4 meses de vida em um cidade da região metropolitana de Fortaleza-CE In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS.**, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital*

17. SILVA, K. A., SOUSA, P. R. G., MARTINS, A. F., SOUSA, I. V., MAGALHAES, F. B., QUEIROZ, A. E. M.

Caracterização de mulheres com exames alterados no rastreamento de câncer de colo de útero In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

18. SILVA, K. A., SOUSA, P. R. G., MARTINS, A. F., QUEIROZ, A. E. M., MAGALHAES, F. B., BASTOS, K. C.

Caracterização de mulheres em rastreamento de câncer de colo de útero In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Porto Alegre: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

19. MENDONÇA, T. A. A., MARTINS, A. F., SOUSA, P. R. G., MAGALHAES, F. B., GAMA, I. S., QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, K. A.**

Caracterização de mulheres em rastreamento de câncer de mama In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

20. VASCONCELOS, D. P., PINHEIRO JUNIOR, F. M. L., FROTA, M. C., SILVA, K. A., BRITO, A. V., RIGOTTO, R. M.

Como o processo produtivo de pescadores artesanais influencia no processo saúde-doença In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

21. RIBEIRO, I. F. A., MORAIS, A. M. B., SILVA, K. A., CARVALHO, L. V. R. A., MACHADO, M.M.T., AQUINO, P. S.

Cuidados de enfermagem à puérpera no processo de translactação: estudo de caso In:

XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS.**, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital*

22. QUEIROZ, A. E. M., FERREIRA, G. B., SOUZA, M. M., FRANCELINO, R. G. F., **SILVA, K. A.**

Grupo de gestantes: educação em saúde sobre aleitamento materno In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS.**, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital*

23. SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., SILVA, A. S. R., MAGALHAES, F. B., MARTINS, A. F., SILVA, K. A., VASCONCELOS, D. P.

Informações recebidas por gestantes e puérperas em alojamento conjunto de um Hospital Amigo da Criança na Zona Norte do Ceará In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

24. ARAUJO, C. A., MOREIRA, A.C. A., MACHADO, M.M.T., **SILVA, K. A.**

Insegurança alimentar e estado nutricional de mães e crianças beneficiadas pelo Projeto da Sopa de Sobral-CE In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

25. SILVA, K. A., MOREIRA, A.C. A., FERNANDES, L. A., MARTINS, A. F., MACHADO, M.M.T., Silva, Maria Adelane Monteiro

Mães de filhos prematuros: características sociais e de saúde In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

26. QUEIROZ, A. E. M., MACHADO, A. M. A., FERREIRA, G. B., **SILVA, K. A.**

Método mãe canguru e o processo de amamentação: vivência de mães internadas com recém-nascidos prematuros em um hospital escola. In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS. , 2012.**

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital*

27. ANDRADE, A.C, MACHADO, M.M.T., SILVA, R M S, **SILVA, K. A.**

O que pesa mais é o preconceito: subjetividade materna, práticas alimentares e sociedade na gênese da obesidade infantil In: World Nutrition Rio2012, 2012, Rio de Janeiro. **World Nutrition Rio2012. , 2012.**

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

28. BEZERRA, M. L., MACHADO, M.M.T., QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, K. A.**, SILVA, R. C. C.

Ordenha mamária: experiências vivenciadas por mães após o parto In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

29. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, **SILVA, K. A.**, BEZERRA FILHO, J.G., SOUZA, L. B., NUNES, C. F. O.

Pacientes vítimas de acidente e violência: o acesso está sendo garantido? In: XII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará, 2012, Crato.

**XII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará. , 2012.**

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

30. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, BEZERRA FILHO, J.G., SOUZA, L. B., **SILVA, K. A.**

Pacientes vítimas de acidentes de trânsito em serviços sentinelas de urgência e emergência em Fortaleza-Ceará In: XII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará, 2012, Crato.

**XII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará. , 2012.**

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

31. **SILVA, K. A.**, MORAIS, A. M. B., AQUINO, P. S., CARVALHO, L. V. R. A., SOUSA, S. O., ABREU, M. M. L.

Papel dos Postos de Coleta de Leite Humano: relato de experiência no Ceará In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS. , 2012.**

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital*

32. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, **SILVA, K. A.**, BEZERRA FILHO, J.G., OLIVEIRA, J. M., QUEIROZ, A. E. M.

Perfil de crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de

Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

33. **SILVA, K. A.**, MORAIS, A. M. B., MACHADO, M.M.T., QUEIROZ, A. E. M., MARTINS, A. F., SILVA, R. C. C.

Práticas alimentares de crianças de 18 a 24 meses em Territórios da Estratégia de Saúde da Família In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS.** , 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital*

34. SILVA, K. A., MACHADO, M.M.T., QUEIROZ, A. E. M., NASCIMENTO, A. I. L., MARTINS, A. F., **SILVA, K.A.**

Práticas alimentares de crianças menores de 2 anos em territórios da Estratégia de Saúde da Família In: World Nutrition Rio2012, 2012, Rio de Janeiro.

**World Nutrition Rio2012.** , 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

35. QUEIROZ, A. E. M., QUEIROZ, A.C.M, FERREIRA, T. S., FERREIRA, G. B., MENDONÇA, T. A. A., **SILVA, K. A.**

Promoção de aleitamento materno fortalecido pelo método mãe canguru In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS, 2012, Fortaleza.

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS.** , 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Bretão.*

36. BRITO, S. A., QUEIROZ, A. E. M., RIBEIRO, I. F. A., **SILVA, K. A.**, ANDRADE,S.P., FERREIRA, T. S.

Promoção de aleitamento materno a recém nascido prematuro In: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS, 2012

**XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complemetar Saudável ENACS.** , 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital*

37. ARAUJO, C. A., MOREIRA, A.C. A., MACHADO, M.M.T., **SILVA, K. A.**

Ressignificando a segurança alimentar e nutricional no território dos Terrenos Novos em Sobral-CE: a experiência de reestruturação do Projeto da Sopa In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

38. VALENTE, M. F. F., **SILVA, K. A.**, FARIAS, R. S. C., OLIVEIRA, J. M., VALENTE, C.

G. F., LEAL, L. K. A. M.

Uso de plantas medicinais em problemas de saúde da criança em Fortaleza-CE In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012.

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/]*

39. VALENTE, M. F. F., SILVA, K. A., THE, A. S., MOURA, D. G., MACIEL, M. F., VALENTE, D. B. F.

Uso de plantas medicinais por mães de crianças assistidas em Centros de Saúde da Família In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2012, Porto Alegre.

**10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, 2012. *Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de*

*divulgação: Meio digital. Home page: [http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/] [http://congresso.sobep.org.br/anais.html]*

## APRESENTAÇÃO DE TRABALHO E PALESTRA

1. QUEIROZ, A. E. M., MESQUITA, K. O., LIMA, G. K., LINHARES, M.S.C., FREITAS, C. A. S. L, FLOR, S. M. C., **SILVA, KELLYANNE ABREU**

**A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA AOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE PACIENTES COM HANSENÍASE,** 2014.

(Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf; Local: Centro de Convenções; Cidade: Vitória-ES; Evento: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva*

2. ANDRADE,S.P., QUEIROZ, A.C.M, QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, KELLYANNE ABREU,** MARTINS, A. F.

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER ATRAVÉS DA PROPORÇÃO DE GESTANTES QUE INICIARAM O PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE, NOMUNICÍPIO DE SOBRAL/CE,** 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Centro de Convenções; Cidade: Vitória-ES; Evento: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva*

3. ANDRADE,S.P., QUEIROZ, A.C.M, QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, K. A.,** MARTINS, A. F., ESCOCIO, F. L. M., LINHARES, M.S.C.

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA HANSENÍASE SEGUNDO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ), NO MUNICÍPIO DE SOBRAL/CE,** 2014.

(Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Centro de Convenções; Cidade: Vitória-ES; Evento: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva*

4. **SILVA, K. A.**, SILVA, R. C. C., BEZERRA, M. L., SALES, D.S., PINHEIRO JUNIOR, F. M. L., MACHADO, M.M.T.

**Apoio paterno à amamentação do filho nascido prematuro de muito baixo peso**, 2014. (Seminário,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Ponta Mar Hotel; Cidade: FORTALEZA-CEARÁ; Evento: V Seminário Internacional em Promoção da Saúde; Inst.promotora/financiadora: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)*

5. MORAIS, A. M. B., XIMENES, L. B., SILVA, R M S, BEZERRA, M. L., **SILVA, K. A.**, MACHADO, M.M.T.

**Apoio paterno no cuidado dos filhos durante licença-maternidade ampliada de servidoras públicas municipais em Fortaelza**, 2014. (Seminário,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Ponta Mar Hotel; Cidade: FORTALEZA-CEARÁ; Evento: V Seminário Internacional em Promoção da Saúde; Inst.promotora/financiadora: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)*

6. ALVES, A. E. S., SILVA, R. C. C., SALES, D.S., **SILVA, K. A.**, VASCONCELOS, F. U. P. E., VASCONCELOS,D. P.

**As atividades educativas como ambientes promotores da saúde: relato de experiência**, 2014. (Seminário,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Ponta Mar Hotel; Cidade: FORTALEZA-CEARÁ; Evento: V Seminário Internacional em Promoção da Saúde; Inst.promotora/financiadora: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)*

7. **SILVA, KELLYANNE ABREU**, SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., MARTINS, A. F., RIBEIRO, G. C.

**BAIXO PESO AO NASCER E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS MATERNAS**, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Centro de Convenções; Cidade: Vitória-ES; Evento: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva*

8. **SILVA, K. A.**, MACHADO, M.M.T., SILVA, R. C. C., BEZERRA, M. L., MORAIS, A. M. B., MARTINS, A. F.

**Participação Paterna na amamentação do filho nascido prematuro de muito baixo peso**, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Centro de Convenções Studio 5; Cidade: Manaus; Evento: XIII Encontro Nacional de Aleitamento Materno; Inst.promotora/financiadora: IBFAN BRASIL*

9. MARTINS, A. F., **SILVA, K. A.**, BEZERRA FILHO, JOSE GOMES, SILVA, R. C. C., QUEIROZ, A. E. M., ANDRADE,S.P.

**VIOLÊNCIA ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES REGISTRADAS NOS CONSELHOS TUTELARES DE UMA CAPITAL BRASILEIRA**, 2014.

(Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Centro de Convenções; Cidade: Vitória-*

*ES; Evento: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia; Inst.promotora/financiadora: Universidade Federal do Ceará*

10. **SILVA, K. A.**, MACHADO, M.M.T., SILVA, R. C. C., BEZERRA, M. L., MORAIS, A. M. B., MARTINS, A. F.

**Vivência paterna na alimentação complementar do filho nascido prematuro de muito baixo peso**, 2014. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Centro de Convenções Studio 5; Cidade: Manaus; Evento: XIII Encontro Nacional de Aleitamento Materno; Inst.promotora/financiadora: IBFAN BRASIL*

11. **SILVA, K. A.**, FERREIRA, A. C. S., BRITO, S. A., QUEIROZ, A. E. M., MACHADO, M.M.T.

**A percepção de mulheres em lactação exclusiva sobre o impacto das ações educativas no pré-natal**, 2013. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal De Santa Catarina (UFSC); Cidade: Florianópolis- SC; Evento: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON); Inst.promotora/financiadora: ABENFO Nacional*

12. **SILVA, K. A.**, ALENCAR, R. N. P., ARAUJO, M. V. U. M., MARTINS, M. M., MACHADO, M.M.T.

**Percepção de mães de prematuros de baixo peso ao nascer sobre o método canguru**, 2013. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal De Santa Catarina (UFSC); Cidade: Florianópolis- SC; Evento: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON); Inst.promotora/financiadora: ABENFO Nacional*

13. **SILVA, K. A.**, FERREIRA, A. C. S., QUEIROZ, A. E. M., SILVA, M. S. S, SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T.

**Percepção de mães sobre o incentivo ao aleitamento materno no pós-parto**, 2013. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Cidade: Rio de Janeiro; Evento: VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Inst.promotora/financiadora: Abrasco*

14. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, BEZERRA FILHO, J.G., **SILVA, K. A.**, GAMA, I. S., SILVA, R. C. C.

**Acidentes com crianças e adolescentes em Fortaleza - CE**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

15. SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., SILVA, A. S. R., MAGALHAES, F. B., MARTINS, A. F., VASCONCELOS,D. P., **SILVA, K. A.**

**Ações de promoção do aleitamento materno em Hospital Amigo da Criança na Zona Norte do Ceará**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do*

*Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

16. SALES, E. N. B. G., CHAGAS, M. I. O., MENDONÇA, T. A. A., PAIVA, G. M., **SILVA, K. A.**, MARTINS, A. F.

**Acolhimento na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

17. SALES, E. N. B. G., CHAGAS, M. I. O., SOUSA, I. V., PAIVA, G. M., **SILVA, K. A.**, MARTINS, A. F.

**Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos usuários**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

18. **SILVA, K. A.**, MOREIRA, A.C. A., FERNANDES, L. A., MARTINS, A. F., Silva, Maria Adelane Monteiro, MACHADO, M.M.T.

**Acompanhamento de crianças nascidas prematuras em territórios da Estratégia de Saúde da Família**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

19. BRITO, S. A., QUEIROZ, A. E. M., QUEIROZ, A.C.M, FERREIRA, T. S., SOUSA, R. D. F., **SILVA, K. A.**

**Aleitamento materno: educação em saúde para puéperas internadas em uma maternidade**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

20. **SILVA, K. A.**, MORAIS, A. M. B., MACHADO, M.M.T., QUEIROZ, A. E. M., MARTINS, A. F.

**Aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 4 meses de vida em um cidade da região metropolitana de Fortaleza-CE**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM e II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

21. QUEIROZ, A. E. M., BRITO, S. A., FERREIRA, T. S., QUEIROZ, A.C.M,

ANDRADE, S. P., **SILVA, K. A.**, MESQUITA, K. O.

**Assistência de Enfermagem à paciente com esquizofrenia**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão; Local: Centro de Convenções; Cidade: Fortaleza; Evento: III Congresso Brasileiro de Saúde Mental; Inst.promotora/financiadora: ABRASME*

22. **SILVA, K. A.**, SOUSA, P. R. G., MARTINS, A. F., SOUSA, I. V., MAGALHAES, F. B., QUEIROZ, A. E. M.

**Caracterização de mulheres com exames alterados no rastreamento de câncer de colo de útero**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

23. **SILVA, K. A.**, SOUSA, P. R. G., MARTINS, A. F., QUEIROZ, A. E. M., MAGALHAES, F. B., BASTOS, K. C.

**Caracterização de mulheres em rastreamento de câncer de colo de útero**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

24. MENDONÇA, T. A. A., MARTINS, A. F., SOUSA, P. R. G., MAGALHAES, F. B., GAMA, I. S., QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, K. A.**

**Caracterização de mulheres em rastreamento de câncer de mama**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

25. VASCONCELOS, D. P., PINHEIRO JUNIOR, F. M. L., FROTA, M. C., **SILVA, K. A.**, BRITO, A. V., RIGOTTO, R. M.

**Como o processo produtivo de pescadores artesanais influencia no processo saúde-doença**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

26. RIBEIRO, I. F. A., MORAIS, A. M. B., **SILVA, K. A.**, CARVALHO, L. V. R. A., MACHADO, M.M.T., AQUINO, P. S.

**Cuidados de enfermagem à puérpera no processo de translactação: estudo de caso**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

27. **SILVA, K. A.**, CASTRO, L.A., SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., SILVA, A. S. R.,

SOUSA, P. R. G., DIAS, L. K. S.

**Desafios de mães de recém-nascidos prematuros para o cuidado no domicílio após alta hospitalar**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Portugal/Português. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (ISCSP - UTL); Cidade: Lisboa-Portugal; Evento: V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde*

28. QUEIROZ, A. E. M., FERREIRA, G. B., SOUZA, M. M., FRANCELINO, R. G. F., **SILVA, K. A.**

**Grupo de gestantes: educação em saúde sobre aleitamento materno**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

29. SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., SILVA, A. S. R., MAGALHAES, F. B., MARTINS, A. F., **SILVA, K. A.**, VASCONCELOS,D. P.

**Informações recebidas por gestantes e puérperas em alojamento conjunto de um Hospital Amigo da Criança na Zona Norte do Ceará**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

30. ARAUJO, C. A., MOREIRA, A.C. A., MACHADO, M.M.T., **SILVA, K. A.**

**Insegurança alimentar e estado nutricional de mães e crianças beneficiadas pelo Projeto da Sopa de Sobral-CE**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

31. **SILVA, K. A.**, MOREIRA, A.C. A., FERNANDES, L. A., MARTINS, A. F., MACHADO, M.M.T., Silva, Maria Adelane Monteiro

**Mães de filhos prematuros: características sociais e de saúde**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

32. QUEIROZ, A. E. M., MACHADO, A. M. A., FERREIRA, G. B., **SILVA, K. A.**

**Método mãe canguru e o processo de amamentação: vivência de mães internadas com recém-nascidos prematuros em um hospital escola.**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS;*

*Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

33. ANDRADE, A. C., MACHADO, M. M. T., SILVA, R. M. S., **SILVA, K. A.**

**“O que pesa mais é o preconceito”: subjetividade materna, práticas alimentares e sociedade na gênese da obesidade infantil**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Cidade: Rio de Janeiro; Evento: World Nutrition Rio2012; Inst.promotora/financiadora: ABRASCO / World Public Health Nutrition Association*

34. BEZERRA, M. L., MACHADO, M. M. T., QUEIROZ, A. E. M., **SILVA, K. A.**, SILVA, R. C. C.

**Ordenha mamária: experiências vivenciadas por mães após o parto**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

35. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, **SILVA, K. A.**, BEZERRA FILHO, J. G., SOUZA, L. B., NUNES, C. F. O.

**Pacientes vítimas de acidente e violência: o acesso está sendo garantido?**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: CRATO; Evento: XII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará; Inst.promotora/financiadora: COSEMS*

36. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, BEZERRA FILHO, J. G., SOUZA, L. B., **SILVA, K. A.**  
**Pacientes vítimas de acidentes de trânsito em serviços sentinelas de urgência e emergência em Fortaleza-Ceará**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: CRATO; Evento: XII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará; Inst.promotora/financiadora: COSEMS*

37. **SILVA, K. A.**, MORAIS, A. M. B., AQUINO, P. S., CARVALHO, L. V. R. A., SOUSA, S. O., MACHADO, M. M. T.

**Papel dos Postos de Coleta de Leite Humano: relato de experiência no Ceará**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

38. MARTINS, A. F., LIMA, M. V. N, **SILVA, K. A.**, BEZERRA FILHO, J. G., OLIVEIRA, J. M., QUEIROZ, A. E. M.

**Perfil de crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

39. **SILVA, K. A.**, MORAIS, A. M. B., MACHADO, M.M.T., QUEIROZ, A. E. M., MARTINS, A. F., SILVA, R. C. C.

**Práticas alimentares de crianças de 18 a 24 meses em Territórios da Estratégia de Saúde da Família**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Outro; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

40. **SILVA, K. A.**, MACHADO, M.M.T., QUEIROZ, A. E. M., NASCIMENTO, A. I. L., MARTINS, A. F., **SILVA, K.A.**

**Práticas alimentares de crianças menores de 2 anos em territórios da Estratégia de Saúde da Família**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Cidade: Rio de Janeiro; Evento: World Nutrition Rio2012; Inst.promotora/financiadora: ABRASCO / World Public Health Nutrition Association*

41. QUEIROZ, A. E. M., QUEIROZ, A.C.M, FERREIRA, T. S., FERREIRA, G. B., MENDONÇA, T. A. A., **SILVA, K. A.**

**Promoção de aleitamento materno fortalecido pelo método mãe canguru**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

42. BRITO, S. A., QUEIROZ, A. E. M., RIBEIRO, I. F. A., **SILVA, K. A.**, ANDRADE,S.P., FERREIRA, T. S.

**Promoção de aleitamento materno a recém nascido prematuro**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Bretão. Meio de divulgação: Meio digital; Local: Centro de Convenções do Ceará; Cidade: Fortaleza; Evento: XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM/ II Encontro nacional de Alimentação Complementar Saudável /ENACS; Inst.promotora/financiadora: IBFAN Brasil e Centro de Nutrição do Conjunto Palmeiras*

43. ARAUJO, C. A., MOREIRA, A.C. A., MACHADO, M.M.T., **SILVA, K. A.**

**Ressignificando a segurança alimentar e nutricional no território dos Terrenos Novos em Sobral-CE: a experiência de reestruturação do Projeto da Sopa**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

44. **SILVA, K. A.**, SOUSA, P. R. G., SILVA, R. C. C., MACHADO, M.M.T., SILVA, A. S. R., MARTINS, A. F.

**Sentimentos maternos durante a internação do filho prematuro em uma unidade de terapia intensiva**, 2012. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Portugal/Português; Local: Instituto Superior de Ciências Sociais*

*e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (ISCSP - UTL); Cidade: Lisboa-Portugal; Evento: V Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde*

45. VALENTE, M. F. F., **SILVA, K. A.**, FARIAS, R. S. C., OLIVEIRA, J. M., VALENTE, C. G. F., LEAL, L. K. A. M.

**Uso de plantas medicinais em problemas de saúde da criança em Fortaleza-CE**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

46. VALENTE, M. F. F., **SILVA, K. A.**, THE, A. S., MOURA, D. G., MACIEL, M. F., VALENTE, D. B. F.

**Uso de plantas medicinais por mães de crianças assistidas em Centros de Saúde da Família**, 2012. (Congresso, Apresentação de Trabalho)

*Referências adicionais : Brasil/Português; Local: Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS; Cidade: Porto Alegre; Evento: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO*

## **PRODUÇÃO TÉCNICA**

1. **SILVA, K. A.**

**Administração de medicamentos: um passo a passo**, 2014. (Outro, Curso de curta duração ministrado)

*Referências adicionais : Brasil/Português. 4 horas.*

2. **SILVA, K. A.**

**Técnicas de entrevista em pesquisa qualitativa**, 2014. (Outro, Curso de curta duração ministrado)

*Referências adicionais : Brasil/Português. 8 horas.*

## **EVENTOS**

### **Participação em eventos**

1. **V Seminário Internacional em Promoção da Saúde**, 2014. (Seminário)

.

2. **IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, 2014. (Congresso)

.

3. **VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2013. (Congresso)

.

4. **Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON)**, 2013. (Congresso)

.

5. **XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno ENAM / II Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável ENACS.**, 2012. (Encontro)

.

6. **10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2012. (Congresso)

7. **World Nutrition Rio2012**, 2012. (Congresso)

## **BANCAS**

### **Participação em banca de trabalhos de conclusão**

#### **Curso de aperfeiçoamento/especialização**

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

1. ARAUJO, P. A., **SILVA, KELLYANNE ABREU**, MENEZES, R. S. P.

Participação em banca de Paula Rivele Gomes Sousa. **Caracterização da Saúde no Município de Alcântaras-CE: Análise dos indicadores de Saúde da Atenção Básica**, 2014

(Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) Universidade Estadual Vale do Acaraú – UEVA)

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

2. MARTINS, A. F., CAVALCANTE, M.M.B., **SILVA, K. A.**

Participação em banca de Juliana Cavalcante Costa. **O papel da Estratégia de Saúde da Família na assistência e apoio aos albergues renais sob a ótica dos trabalhadores da saúde do município de Sobral-CE**, 2014

(Residência Multiprofissional em Saúde da Família) escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

3. MARTINS, A. F., **SILVA, K. A.**, BALBINO, A.C.

Participação em banca de Cleiton Machado Pinho. **Acidentes de trabalho com material perfurocortante em um hospital do Ceará**, 2012

(Residência de Enfermagem em Urgência e Emergência) Santa Casa de Misericórdia de Sobral

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

### **Graduação**

1. BRASIL, R. W. N., LINHARES, M.S.C., **SILVA, K. A.**

Participação em banca de Francisco Italo Abreu Lima. **Qualidade dos registros da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos prontuários- Uma revisão sistemática de literatura**, 2013

(Enfermagem) Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

2. FERNANDES, L. A., MOREIRA, A.C. A., **SILVA, K. A.**, Silva, Maria Adelane Monteiro

Participação em banca de Larisse Alves Fernandes. **PREMATURIDADE NO SEMIÁRIDO DO NORDESTE: acompanhamento dos casos pela equipe de saúde da família**, 2012

(Enfermagem) Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

## **PARTICIPAÇÃO EM BANCA DE COMISSÕES JULGADORAS**

### **Outra**

**1. Caracterização das crianças dependentes de ventilação domiciliar atendidas pelo PAVD em hospital de nível secundário de Fortaleza-Ceará, 2014**

Escola de Saúde Pública do Ceará

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

**2. Importância da auditoria de Enfermagem na assistência ao paciente em unidade de terapia intensiva, 2014**

Escola de Saúde Pública do Ceará

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

**3. Perfil Clínico Epidemiológico dos pacientes internados na UTI adulto do Hospital Regional Norte, 2014**

Escola de Saúde Pública do Ceará

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

**4. Perfil Epidemiológico da Insuficiência Renal Crônica em UTI: revisão sistemática e metanálise, 2014**

Escola de Saúde Pública do Ceará

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

**5. VI Jornada de Enfermagem das Faculdades INTA, 2014**

Instituto Superior de Teologia Aplicada

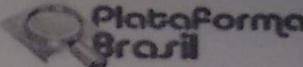
*Referências adicionais : Brasil/Português.*

**6. XI Encontro de Iniciação à Pesquisa e à Docência, 2014**

Centro Universitário Christus - Unichristus

*Referências adicionais : Brasil/Português.*

**ANEXO****ANEXO A- Parecer de Aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa**

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ</b>		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> EXPERIÊNCIA PATERNA NO CUIDADO ALIMENTAR DO FILHO NASCIDO PREMATURO COM MUITO BAIXO PESO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA		
<b>Pesquisador:</b> Kellyanne Abreu Silva		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 2		
<b>CAAE:</b> 14489113.9.0000.5054		
<b>Instituição Proponente:</b> Departamento de Saúde Comunitária		
<b>Patrocinador Principal:</b> CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 422.083		
<b>Data da Relatoria:</b> 10/10/2013		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
<p>A proposta ora avaliada trata-se de uma dissertação de mestrado que está inserida num projeto maior financiado pelo CNPq, e consta da exposição de tema atual e relevante para a saúde infantil. A prematuridade é enfocada sob o prisma da nutrição infantil com a participação dos pais nesse processo de acompanhamento do desenvolvimento infantil. Estudo com abordagem qualitativa a ser desenvolvido na cidade de Sobral. Metodologia emprega os itens necessários e a análise dos dados será com base em GADAMER. Aspectos éticos presentes no texto.</p>		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
<p>Compreender a experiência paterna no cuidado alimentar do filho nascido prematuro com muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida.</p>		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
<p>A pesquisa não apresenta danos ou riscos aos envolvidos. Caso ocorra algum desconforto psicológico ao se falar de prematuridade do filho com os pais, o que pode fazê-los voltar a possíveis lembranças dolorosas, os autores oferecerão acompanhamento psicológico na instituição pública. Os benefícios envolvem o conhecimento da experiência do pai em alimentar o filho</p>		
<hr/>		
<b>Endereço:</b> Rua Cel. Nunes de Melo, 1127		
<b>Bairro:</b> Rodolfo Teófilo	<b>CEP:</b> 60.430-270	
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA	
<b>Telefone:</b> (85)3366-8344	<b>Fax:</b> (85)3223-2903	<b>E-mail:</b> comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 422.083

nascido prematuro de muito baixo peso permitirá que a aproximação das representações que os pais trazem desse evento. O resultados nos territórios da Estratégia de Saúde da Família, poderão fomentar um foco para a atividade de puericultura dessas crianças que experimentam uma condição de saúde diferenciada das nascidas a termo, melhorando a atenção aos pais e aos filhos prematuros, com impacto nos indicadores de saúde dessa população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora expõe na introdução do projeto conceitos que envolvem ao nascimento de recém-nascidos pré-termo, dados epidemiológicos, correlação destes com a morbimortalidade perinatal e neonatal; importância da participação dos pais na nutrição dessas crianças e sua relação com a saúde infantil. Estudo qualitativo a ser desenvolvido no município de Sobral- Ceará, junto a pais de crianças que tenham nascido prematuras com peso de 1500g ou menos, nos anos de 2011 e 2012. O convite à participação será simultâneo a apresentação da pesquisadora e à exposição dos objetivos pretendidos com o estudo. Serão selecionados 12 pais para que se possa explorar suas opiniões e diferentes representações sobre o cuidado na alimentação do filho nascido prematuro com muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida. Os pesquisadores terão a colaboração do banco de registros da equipe do Trevo de Quatro Folhas que realiza visitas diárias às duas maternidades do Município, nos Hospitais Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Dr. Estevam Ponte. Realizam entrevistas com as parturientes e puérperas identificando as condições de pré-natal, parto e pós-parto, e identificando se há riscos envolvendo o RN, realizando posteriormente notificação às equipes da ESF e preceptores de territórios. Os dados serão coletados por meio de entrevista gravada. Análise dos dados a luz de Hermenêutica de Gadamer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados: carta ao CEP, concordância dos pesquisadores e instituição onde será coletado os dados, aprovação do projeto na comissão científica da Secretaria de Saúde do município de Sobral, orçamento, cronograma atualizado (porém, na versão do projeto da plataforma Brasil, currículo do pesquisador principal e do orientador, Folha de Rosto.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Alterações do cronograma e TCLE realizadas. Projeto sem pendências.

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

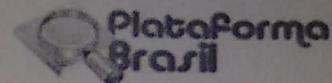
**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 422.083

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 11 de Outubro de 2013

---

Assinador por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br