



ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATURO: UMA QUESTÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR

OLIVEIRA, Gislaine de Fátima

Estudante de mestrado do Programa Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário-Unicentro
gislaine-f.oliveira@hotmail.com

FUJINAGA, Cristina Ide

Professora do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário-Unicentro
cifujinaga@gmail.com

PAULA, Gabriele Alves de

Estudante de mestrado do Programa Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário-Unicentro

35

RESUMO

Diante de inúmeros questionamentos acerca da segurança alimentar, que é um tema debatido na academia atualmente, uma questão englobando a segurança alimentar, o aleitamento materno e o prematuro nos suscitaram reflexões. Pensamos a segurança alimentar como um assunto complexo o qual tem seu início nos primórdios da vida do sujeito, perante isso nos reportamos ao questionamento de qual seria o alimento mais seguro ao bebê prematuro? Assim o objetivo deste trabalho foi compreender a triangulação entre a segurança alimentar-aleitamento materno-prematuro e as implicações diante das práticas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Utilizamos a pesquisa bibliográfica enquanto metodologia. Diante disso foi possível constatar que tal triangulação perpassa três atores sociais denominados usuários, trabalhadores e gestores, os quais interagem entre si e possuem implicações para com a efetivação do aleitamento materno.

Palavras-chave: segurança alimentar. Aleitamento materno. Prematuro.

ABSTRACT

Faced with numerous questions about food safety, which is a subject of debate in academia today, a matter encompassing food safety, breastfeeding and premature raised in reflections. We think food security as a complex subject which has its beginning in the early life of the subject, before this we refer to the questioning of what would be the safest food to premature baby? So the aim of this study was to understand the triangulation between maternal and early-lactation food security and the implications on the practices in Neonatal Intensive Care Units (NICU). We use literature as a methodology. Thus it was established that such triangulation runs through three social actors named users, workers and managers, who interact and have implications for the effectiveness with breastfeeding.

Key-words: Food security. Breastfeeding. Premature.



INTRODUÇÃO

Para embasar a nossa reflexão precisamos delinear o que seria a segurança alimentar, de acordo com a Conferência Mundial da Alimentação organizada pela FAO (Food and Agriculture Organization) em 1996 a mesma existe “quando todas as pessoas, em todos os momentos, têm acesso físico e econômico a uma alimentação que seja suficiente, segura, nutritiva e que atenda as necessidades nutricionais e preferências alimentares, de modo a propiciar vida ativa e saudável” (FAO, 1997). Em nível de Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) a qual foi estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde aprovada em 1999 e ratificada em 2003, determina a segurança alimentar como “... a garantia de que as famílias tenham acesso físico e econômico regular e permanente a conjunto básico de alimentos em quantidade e qualidade significantes para atender os requerimentos nutricionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em se tratando de recém-nascidos pré-termos (RNPT) a alimentação possui como objetivo possibilitar o crescimento apropriado sem a produção de efeitos metabólicos indesejáveis. A alimentação, ainda, influencia nas funções imunológicas, respiratórias, hepáticas e hemodinâmicas. Diante disso, percebemos a necessidade de cuidados especiais ao RNPT e também de uma atenção diferenciada no que diz respeito ao apoio ao aleitamento materno, com o objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida ao RNPT. As vantagens do aleitamento materno aos RNPTs são:

(...) suas propriedades nutritivas e imunológicas, seu papel na maturação gastrointestinal e formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, proteção contra enterocolite necrosante, menor incidência de infecção (incluindo sepse e meningite), menor incidência de reospitalização e melhor coordenação sucção-deglutição (SCOCHI et al., 2008, p.145).

Nesse sentido o aleitamento materno tem sido indicado por organizações nacionais e internacionais, contudo sua realização ainda é reduzida, no que se refere a recém-nascidos prematuros ou não. A imaturidade fisiológica e neurológica de alguns RNPTs é uma barreira para o aleitamento materno, além disso, outras barreiras institucionais se evidenciam, bem



como, o impedimento da permanência da mãe em UTIN, períodos prolongados de internação, critérios rígidos para a indicação ao aleitamento materno, a não consideração de habilidade motora oral e aspectos globais do RNPT para a indicação ao aleitamento materno, as quais podem levar ao desmame precoce e a diminuição da produção láctea (SCOCHI et al., 2008). Ainda que alguns desses impedimentos para a realização do aleitamento materno em RNPT estejam preconizados na Portaria Ministerial nº 693 de 5 de julho de 2000 atualizada pela Portaria GM nº 1683 de 12 de julho de 2007 em que propõe o Método Mãe-Canguru como política pública de assistência infantil humanizada.

Considerando que o leite materno é apontado neste trabalho como o alimento seguro para o RNPT precisamos delinear o que seria o aleitamento materno, visto que se trata da melhor forma de alimentar o lactante. Assim as mães precisam ser orientadas para amamentar seus bebês, sendo ou não RNPT, de modo integral sem a introdução de outros alimentos até o sexto mês do mesmo. A partir desta idade podem-se introduzir outros alimentos para a complementação da alimentação, contudo o aleitamento materno deve persistir até 24 meses ou mais. Nos casos de RNPT o aleitamento materno possui inúmeras dificuldades, dentre elas se destaca a imaturidade do reflexo de sucção. A separação entre a mãe e o bebê internado em uma UTIN passa por uma grande dificuldade que é a formação do vínculo, fator determinante para que o aleitamento materno seja bem sucedido. Outros pontos que influenciam na efetividade do aleitamento materno são a disposição física e as rotinas das UTIN, bem como o conhecimento restrito dos profissionais de saúde sobre este fenômeno dificultando o estabelecimento da amamentação e ocasionando o desmame muitas vezes ainda no ambiente hospitalar (VANNUCHI et al, 2004). Aqui podemos perceber o quão importante é a relação entre os profissionais de saúde envolvidos neste fenômeno, as mães enquanto protagonistas do cuidado do RNPT e do próprio RNPT, uma vez que todos são importantes para que o aleitamento materno seja efetivado de modo que a internação não seja um impedimento para o mesmo.

Em se tratando de segurança alimentar o leite materno produzido pelas mães de RNPT produz benefícios para o mesmo, não unicamente por grandes quantidades de fatores imunológicos, mas por possuir um menor risco de contaminantes. Alguns aspectos biológicos referentes ao aleitamento materno em RNPT são necessários destacar. Assim,



As crianças prematuras e de baixo peso nem sempre são beneficiadas pela transferência de imunoglobulinas através da placenta que ocorre após 34 semanas de gestação. Por estarem expostas a um ambiente patogênico durante a internação em UTI, é fundamental que elas recebam os fatores de proteção através do leite da própria mãe como primeira opção, ou de leite humano de banco de leite, como segunda opção, desde que seja compatível com a idade gestacional do recém-nascido (VANNUCHI, et al., 2004, p. 427).

Assim o objetivo deste trabalho foi compreender a triangulação entre a segurança alimentar-aleitamento materno-prematuro e as implicações diante das práticas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), bem como a postura dos atores três atores sociais envolvidos neste processo.

METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido por meio da pesquisa bibliográfica, que consiste na sua elaboração por meio de material já constituído, composta por livros e artigos científicos. De acordo com Gil (2008) a pesquisa bibliográfica possui uma vantagem primordial que é possibilitar ao pesquisador a compreensão dos fenômenos de modo mais amplo do que quando a pesquisa é realizada diretamente. Tal vantagem é relevante quando o problema de pesquisa demanda elementos disseminados.

RESULTADOS ALCANÇADOS

As leituras realizadas em torno do protagonismo da mulher no cuidado do RNPT, da efetividade do Método Mãe-Canguru, do aleitamento materno em RNPT e da segurança alimentar nos suscitaram algumas reflexões diante do proposto pelas portarias e do que chega ao usuário, qual a explicação para a contradição existente nesse percurso. Salientamos que o aleitamento materno em RNPT faz parte da segurança alimentar considerando as exigências apontadas pela Conferência Mundial de Alimentação, diante dessa afirmação é que discutimos acerca dos empecilhos para a realização e o incentivo dessa prática. Em contraponto, as leituras realizadas em torno da interdisciplinaridade, interculturalidade e



relações de poder permitiram a compreensão dos aspectos determinantes para a não efetividade da atenção à saúde enquanto modelo de assistência para o aleitamento materno em UTIN, que o fator primordial para que o alimento seguro chegue até o RNPT. Alguns aspectos devem ser considerados como a cultura que é relevante para entender as tradições e costumes das pessoas, as relações de poder que perpassam o fato, os sujeitos envolvidos, entre outros aspectos.

O termo segurança alimentar possui um percurso reflexivo até o momento de consolidação atual, por volta dos anos 90 alguns conceitos foram incorporados junto a tal termo, bem como, alimento seguro aquele livre de contaminação química e biológica, qualidade do alimento em que aspectos nutricionais, biológicos e tecnológicos da produção são característicos, o balanceamento da dieta e as opções culturais, ponderando os beneficiários das políticas públicas. Assim o direito a uma alimentação se inseriu no espaço de direito à vida, à dignidade e a satisfação de necessidades básicas. Ressalta-se que a segurança alimentar como um direito básico do sujeito possui cinco pontos norteadores: a segurança alimentar como um direito básico à alimentação e a nutrição, a garantia desse direito ser efetivada por políticas públicas e privadas, o Estado como protetor desse direito, a sociedade civil ativa nos momentos que o Estado não conseguir suprir as demandas, o rompimento com a oposição entre Estado e mercado (VALENTE, 1995).

O encontro entre o que é encarado como segurança alimentar para o RNPT – o aleitamento materno – e as questões práticas vivenciadas nos hospitais esbarram em pontos passíveis de discussão pela ótica de Merhy (2006) como o desempenho dos papéis sociais envolvidos nessa prática de atenção à saúde do RNPT, mais especificamente pelo Método Mãe-Canguru.

Para evidenciar alguns pontos preconizados pela lei com relação aos RNPTs precisamos recorrer a ao Método Mãe-Canguru e a descrição do seria a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

O nascimento de um RNPT gera muitas angústias na mãe do mesmo e também em sua família como um todo, normalmente as famílias esperam levar seus filhos para a casa e não para a UTIN. O espaço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) proporciona ao RNPT uma experiência distinta da vivenciada no espaço uterino, uma vez que este é o local correto para todo o desenvolvimento do RNPT, contudo em um nascimento prematuro isso



não é possível. Nesse momento é que as UTIN são indispensáveis permitindo assim aos bebês que não teriam condições para a sobrevivência para que a tivessem. A UTIN propicia uma chance de sobrevivência ao RNPT, entretanto este ambiente é nervoso, impessoal e até temeroso para quem ainda não se acostumou com sua rotina. A UTIN possui luz forte e constante, barulho, mudança de temperatura e ocorre muita interrupção do ciclo de sono do RNPT, uma vez que, são realizadas muitas avaliações e procedimentos no decorrer do dia ocasionado dor e desconforto (REICHERT; LINS & COLLET, 2007).

A criação do Método Canguru, enquanto uma estratégia de assistência ao bebê recém-nascido de baixo peso ocorreu na Colômbia em 1979, proposto pelos doutores Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez da Universidade Nacional de Bogotá, visando suprir as carências infra-estruturais existentes no sistema público daquele país. Já no Brasil o surgimento dessa estratégia ocorreu na década de 90 com a finalidade de possibilitar um maior contato entre a mãe e o bebê precocemente, também, como alternativa de alta o mais breve possível otimizando o processo de alta considerando que ainda há escassez de leitos neonatais em várias regiões do Brasil (CAETANO; SCOCHI; ANGELO, 2005). No ano de 2000, quando o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento foram difundidos o Ministério da Saúde estabeleceu as Normas de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso- Método Mãe Canguru, que fossem delineados pela Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, atualizada em 12 de julho de 2007 na Portaria Nº 1.683 (BRASIL, 2000, 2007). O Ministério da Saúde instituiu três etapas para o desenvolvimento do Método Mãe-Canguru (BRASIL, 2002). A primeira etapa do Método Mãe-Canguru é marcada pelo início dos cuidados no pré-natal de uma gestação de alto-risco, posteriormente pelo internamento do recém-nascido (RN) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Alguns cuidados especiais devem ser adotados na UTIN, bem como, o acolhimento dos pais na mesma, o esclarecimento sobre o estado de saúde do RN, o funcionamento da UTIN, a equipe e as rotinas. Deve-se, ainda, promover o estímulo precoce dos pais à UTIN dispensando restrições de horários, possibilitar quando possível o contato dos pais com o bebê (BRASIL, 2002). A segunda etapa do Método Mãe-Canguru aponta a permanência de modo contínuo do RN com sua mãe, na qual a posição canguru será efetivada pelo máximo de tempo possível, esse momento será como um estágio que antecede a alta hospitalar (BRASIL, 2002). Na terceira etapa o acompanhamento ambulatorial ocorre após a alta hospitalar, em que o objetivo primordial é sustentar a



periodicidade nas consultas individuais, considerando o fator de risco para quando necessário a intervenção seja precoce, diminuindo deste modo a reincidência de internamento do RN acompanhado e a diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2007).

Considerando os pontos elencados no Método Mãe-Canguru e a UTIN é que pensamos a relação entre os atores envolvidos nesse processo, com o foco no aleitamento materno dos RNPT. Diante disso, os atores: usuário, aqui representado pelo RNPT e sua mãe; trabalhadores de saúde, todos os envolvidos para a efetivação da parte técnica da saúde médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, entre outros; gestores, aqueles que possuem o poder e formulam normas, leis, projetos para beneficiar a população. Assim, todo processo de saúde é visto como um processo de contratualização, o qual não é único, mas está intimamente relacionado com situações e modos como os três tipos de atores sociais envolvidos expressam suas intenções e se implicam, ressaltando ocorrem jogos de hegemonização entre esses atores.

Esses atores formam alianças, acordos, têm suas intenções e desejos (MERHY, 2006). Nesse sentido cabe pensar que o usuário ocupa o lugar de detentor das necessidades, o trabalhador da saúde o lugar do saber e o gestor o lugar de gerenciar o espaço público estatal. Partindo desse pressuposto cada um desses atores possui um lugar específico no qual lhe cabem direitos e deveres, para que um modelo de atenção à saúde consiga se estruturar é necessário que cada ator se implique de modo a ocupar o seu lugar assumindo assim um posicionamento.

Todos os atores envolvidos nesse processo, usuários, trabalhadores e gestores, são permeados por um ponto extremamente importante para a compreensão de tudo que é a cultura. Toda cultura possui o seu logotipo, caracterizado pelo conhecimento da cultura, diante disso é possível afirmar que toda cultura sabe alguma coisa e cabe as outras o respeito. Uma proposta para a problematização da forma como o usuário é visto pelos outros atores é a compreensão a partir da interculturalidade, sabemos que inúmeras vezes o usuário não possui voz dentro do sistema e isso se deve ao fato da negação da tradição filosófica dos tidos como 'Diferentes', aqui não cabe trocar o Diferentes por Inferiores, pois não consideramos em nossa reflexão nenhum ator como superior ao outro, mas sim todos como em equivalência apenas com papéis diferentes. A reflexão aqui se refere ao fato de que muitas vezes a tradição do usuário é desconsiderada por um motivo ou outro, ponderando que o etnocentrismo é o que prevalece (FORNET-BATANCOURT, 1994).



Neste trabalho o nosso foco não é apontar que os usuários são Inferiores aos trabalhadores de saúde ou aos gestores dentro do sistema de saúde, contudo sabemos que ideologicamente falando isso predomina. O conceito de ideologia na concepção de Marilena Chauí (1992) é um contíguo de ideias e de valores, de normas e de regras, que possuem a finalidade de controlar a sociedade por meio da interferência nos modos de pensar e de agir dos sujeitos, isso tudo com a finalidade de conformar a sociedade diante de tantas diferenças no contexto social, político e cultural. Assim o intuito da ideologia é explicar racionalmente tal desigualdade, para que os sujeitos alienados não visualizem os papéis de dominados e de dominadores. Trazendo esse conceito de ideologia para a nossa discussão cabe pensar que os atores denominados usuários possuem sim um lugar de dominados primordialmente pelos gestores, estar alienado dentro deste sistema faz com que os usuários não se posicionem no exercício de seu papel reivindicando seus direitos previstos nas leis se comportando de modo conformista. No caso do aleitamento materno enquanto segurança alimentar a mãe, protagonista desse cuidado, em alguns casos ocupa o lugar de dominada não se posicionando e exigindo seus direitos, inúmeras vezes pela fragilidade que se encontra. Diante disso, cabe a equipe técnica do cuidado e da gestão pensarem estratégias que aloquem essa mãe no lugar de protagonista do cuidado de seu filho, bem como apresentando o suporte necessário para que ela alimente seu filho garantindo assim o alimento seguro a ele.

Nesse sentido, um ponto interessante a se pensar e que poderá romper com paradigmas de dominação é a perspectiva intercultural. A interculturalidade é uma visão filosófica que rompe com a rigidez, valoriza o senso comum, não se sustenta no etnocentrismo e no reducionismo. Partindo de um olhar voltado à interculturalidade é que se pode conhecer o outro tentando entender que o mesmo possui um conhecimento, o qual deve ser considerado seja conhecimento científico ou senso comum (FORNET-BATANCOURT, 1994). Um ponto interessante é a empatia, conceito este que define como o trabalho na saúde deveria ser pensado, de modo a colocar-se no lugar do outro, o problema real da saúde é que os atores realizam funções nas quais não estão pensando no afetado por ela. Por exemplo, o gestor elabora as leis de forma nada empática talvez nunca tenha contato com a lei que está propondo, quando a lei é sancionada e posta em prática chega ao usuário de um jeito distorcido, pois ela não foi elaborada pensando empaticamente. Este é apenas um exemplo de praticamente tudo que envolve o sistema de saúde, outro ponto interessante é o diálogo, este



seria a solução para tudo, contudo com os papéis distorcidos e mal efetivados o diálogo acaba passando despercebido por todos os atores.

Em se tratando de um ambiente denominado UTIN a seguir iremos pensar e questionar a postura profissional dos trabalhadores de saúde, aqueles que estão intimamente relacionados com as mães dos RNPT e com os próprios bebês. Considerando os trabalhadores como atores envolvidos na atenção à saúde, podemos afirmar que estes possuem um papel extremamente significativo, uma vez que são os donos do domínio tecnológico no ato de cuidar dos usuários. Deste modo os trabalhadores de saúde são os possuidores de um contíguo de saberes mais especificamente do conhecimento científico, são eles que colocam a prática no cuidado e efetivam o preceito das leis sobre a saúde. As tecnologias de saúde são configuradas por um conjunto de dimensões materiais – UTIs, incubadoras, materiais cirúrgicos, entre outros – e de dimensões não materiais – procedimentos realizados bem como aplicação de uma injeção, examinar o paciente, entre outros. Neste sentido a união das dimensões materiais e não materiais é que compõe o fazer dos trabalhadores da saúde.

Retornando à formação o profissional passa por uma academia com inúmeros procedimentos apreendidos, nos quais o conhecimento científico se sobrepõe ao conhecimento de senso comum, o profissional é formado de um modo extremamente técnico e determinista (SANTOS, 2008). Diante de uma formação assim ele sai para o mercado de trabalho e encontra um mundo totalmente diferenciado daquele apreendido dentro da academia, a exemplo disso uma equipe de enfermagem que impõe às mães de bebês internados em UTIN que lavem os cabelos durante a dieta que é um período de repouso após o parto, pois a permeância delas com os cabelos sujos dentro de uma unidade de terapia intensiva poderão acarretar em acúmulo de bactérias, contudo a equipe de enfermagem esquece que algumas mães não lavam os cabelos durante o período denominado dieta, pois receberam orientação de suas mães e avós de que isso não pode por conta de acarretar doenças como a loucura ou a recaída na dieta. Desconsiderando esse conhecimento das mães, de não lavar os cabelos durante a dieta, e tratando-o como um conhecimento não científico essa equipe de enfermagem acaba afastando a mãe de entrar na UTIN quando na verdade a simples presença dela ao lado de seu bebê proporciona uma defesa, ainda maior do que estando com os cabelos lavados. Nesse sentido, cabe apontar que Boaventura (2008) alimenta seu ponto de vista de que a ordem científica hegemônica, ciência esta que conjectura uma



condição de inflexibilidade diante das necessidades humanas reais, ele realiza sua análise sob a ótica sociológica que indica uma crise dessa ciência e aponta um aspecto emergente desta ordem científica dominante. Essa ordem científica é bastante criticada pelo fato do comprometimento exclusivo com o modo singular de encontrar o conhecimento verdadeiro, fundamentado por princípios epistemológicos comprovados com métodos estritamente restritos. Esse conhecimento, que é caracterizado pelo modelo autoritário e hegemônico, tido como conhecimento científico, já não corresponde às necessidades humanas, contrapondo veementemente ao senso comum, afastando-se da natureza e das insuficiências humanas.

Diante disso, em se tratando da saúde, todo conhecimento apontado como senso comum deve ser considerado por qualquer ator, as vivências de um usuário da saúde devem primordialmente ser consideradas em todos os aspectos. No caso das mães de RNPT são elas que sabem sobre os seus bebês, por mais que a equipe técnica possua o conhecimento científico a protagonista no cuidado do filho é a mãe e o conhecimento dela deve ser valorizado. A formação recebida nos dias de hoje pelos profissionais é determinista ao apontar que o conhecimento certo e fidedigno é somente o científico e pronto, mas esquece de preparar o profissional para se inserir num contexto em que o sujeito que receberá a ação deve ser considerado como um todo. O contato com as pessoas que possuem diferentes pontos de vista em todas as esferas deve ser considerado para que isso não se torne um empecilho ao trabalho, tornando-o deficitário ao passo que um ator quer se sobrepor ao outro.

Merhy (2006) descreve sublimemente como o poder envolto sobre a atenção a saúde, no que concerne aos trabalhadores, aos usuários e aos gestores, estão implicados devendo “ficar claro que estas capacidades estão o tempo todo sendo mediados, pela conformação das linhas de força política que os governos representam e pelas capacidades dos vários atores sociais barganharem seus interesses, no terreno deste bloco histórico (p. 13)”. Diante disso, muitos poderes estão envolvidos no cuidado à saúde de modo explícito ou implícito.

CONCLUSÃO

A proposição deste trabalho não é apontar falhas ou culpados no que se refere à efetividade do aleitamento materno em RNPT enquanto uma questão de segurança alimentar,



uma vez que isso não resolve problemas já legitimados por tal descompasso, à ponderação é que não existem culpados. Alguns modelos de saúde são considerados ineficazes atualmente por conta de que os atores envolvidos: trabalhadores, mães de RNPT e gestores não se apropriam de seus papéis. Cada ator tem um papel importante que quando realizado adequadamente a proposta de atenção à saúde pode sim dar certo. Diante disso, consideramos os usuários, os trabalhadores e os gestores como uma tríade responsável pela questão SAÚDE. E no caso desta proposição pensamos que todos os envoltos ao fenômeno do aleitamento materno em RNPT enquanto uma questão de segurança alimentar são os responsáveis pela chegada até o mesmo do alimento mais seguro.

Quando dizemos que a culpa é da gestão porque o sistema não funciona, certamente cometemos erros, tudo que envolve a saúde está atrelado aos vários poderes implícita ou explicitamente. Ou quando dizemos que o trabalhador de saúde não realizou o procedimento corretamente. Ou, ainda, quando encontramos um usuário que se contenta com clientelismo não reconhecendo o seu direito. Ou, também, quando afirmamos que a mãe do RNPT não se interessa em amamentar seu filho. Inúmeras situações podem descrever características de um papel mal desempenhado no que se refere à proposição do aleitamento materno no RNPT, contudo as reflexões realizadas pensando interdisciplinarmente e interculturalmente podem apontar um caminho, não uma receita pronta-acabada, mas sim um caminho a ser construído por mãe, trabalhadores de saúde e gestores.

A ponderação entre o contexto cultural que o modelo de atenção à saúde está inserido, a prática interdisciplinar dos trabalhadores de saúde em que um conhecimento não se torna fragmentando, mas sim utilizado como um todo, nesse sentido poderá ser apresentado ao modelo uma nova visão mais preocupada com o sujeito e dessa forma com a saúde e a segurança alimentar propriamente dita que é o objeto primordial.

O essencial se refere à inserção do usuário da saúde, no caso deste trabalho da mãe do RNPT, no processo. Com esse olhar a implementação do aleitamento materno para os RNPT está preocupada com a evolução do paciente considerando-o como um todo, esse todo alude à mãe e a família, com um acompanhamento que vai além de técnicas institucionalizadas. Deste modo a mãe que é a protagonista do cuidado de seu filho é parte atuante para que o aleitamento materno ocorra e não somente a equipe técnica de cuidados. Com a mãe presente ocorrerá à formação do vínculo fator primordial para que o aleitamento materno se efetive.



Diante disso, o importante é o diálogo entre todos os atores envolvidos, pois a mãe enquanto protagonista do cuidado de seu RNPT poderá decidir se quer ou não amamentar o mesmo, pois essa decisão cabe a ela e não a equipe técnica. Assim, cada ator se apropriando de seu papel – direitos e deveres – refletirá num processo construtivo e não impositivo saudável a todos os envolvidos principalmente ao RNPT.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Temática da Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru* (manual do curso). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma de anexo, as *Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 2007, coleção 2, p. 84.

CAETANO, L. C.; SCOCHI, C. G. S.; ANGELO, M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. *Revista Latino-am Enfermagem*, v.13, n.4, p. 562-8, julho-agosto, 2005.

CHAUÍ, M. S. *O que é ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 1992.

FAO. *Report of the World Food Summit*. Rome: Food Agriculture Organization, 1997.

FORNET-BATANCOURT, R. *Questões de método para uma filosofia intercultural a partir da Ibero-América* – São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1994.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MERHY, E. E. *Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção*. In Merhy, E. E.; Magalhães, Jr. H. M.; Rímoli, J; Franco, T. B.; Bueno, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2006. P. 15-36.]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. 2 Ed. Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial online], v. 9, n. 1, p. 200-213, janeiro-abril, 2007.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.



SCOCHI, C. G. S.; FERREIRA, F. Y.; GÓES, F. S. N.; FUJINAGA, C. I.; FERECINI, G. M.; LEITE, A. M. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciência Cuidado Saúde*. V. 7, n. 2, p. 145-154, 2008.

VALENTE, F. L. S. *A evolução, conceito e o quadro da segurança alimentar dos anos 90 no mundo e no Brasil*. Disponível em: <www.sept.pr.gov.br/conselhos/consea/artigos>. Acesso em: 4 abr. 2006.

VANNUCHI, M. T. O.; MONTEIRO, C. A.; RÉA, M. F.; ANDRADE, S. M.; MATSUO, T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista Saúde Pública*. V. 38, n. 3, p. 422-428, 2004.