



RISCOS GESTACIONAIS E O NASCIMENTO PREMATURO: ENFRENTAMENTO PARA A MATERNAGEM

GESTATIONAL RISKS AND PREMATURE BIRTH: COPING FOR MOTHERHOOD RIESGOS GESTACIONALES Y EL NACIMIENTO PREMATURO: ENFRENTAMIENTO PARA LA MATERNIDAD

Isis Vanessa Nazareth¹, Inês Maria Meneses dos Santos², Leila Rangel da Silva³, Suellen da Rocha Lage Moraes⁴, Ítalo Rodolfo Silva⁵

RESUMO

Objetivo: compreender a vivência para a maternagem após o parto prematuro. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo, com 12 participantes, em hospital universitário por meio do questionário sociocultural de Madeleine Leininger, da técnica da narrativa de vida e instrumento para obter informações dos prontuários das entrevistadas e de seus recém-nascidos. Baseou-se a análise na Etnoenfermagem. Apresentaram-se os resultados também em forma de figura. **Resultados:** informa-se que emergiram duas categorias analíticas: Os riscos gestacionais e o nascimento prematuro e O enfrentamento de maternar filho prematuro. Vivenciaram-se, por todas as mulheres, enfrentamentos para a maternagem desde o período gestacional relacionado ao parto prematuro, até o momento da alta hospitalar. **Conclusão:** tornou-se a vivência da maternagem de mães com filhos prematuros um enfrentamento desde o momento do parto antecipado, que ocorreu relacionado aos riscos gestacionais biológicos e também associado às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis. Intui-se, com esta pesquisa, contribuir para que o período de adaptação, tanto da mãe que se torna cuidadora primária, quanto do recém-nascido, que passa a pertencer a um ambiente familiar, seja articulado desde o período de internação. **Descritores:** Enfermagem Materno-Infantil; Enfermagem Neonatal; Relações Mãe-Filho; Recém-Nascido Prematuro; Enfermagem Transcultural; Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the experience of motherhood after preterm delivery. **Method:** this is a qualitative, descriptive study with 12 participants, out in a university hospital through Madeleine Leininger's sociocultural questionnaire, the life narrative technique and the instrument to obtain information from the interviewed women's records and their newborns. The analysis was based on the Ethnographic survey. The results were also presented in figure form. **Results:** two analytical categories emerged: Gestational risks and premature birth and The confrontation of maternal premature infant. All women experienced confrontations for motherhood from the gestational period related to preterm birth to the time of hospital discharge. **Conclusion:** the experience of mothering of mothers with preterm infants became a confrontation from the moment of early delivery, which occurred related to biological gestational risks and also associated with individual characteristics and unfavorable sociodemographic conditions. The aim of this research is to contribute to the fact that the period of adaptation, both of the mother who becomes the primary caregiver and of the newborn, who belongs to a family environment, is articulated from the period of hospitalization. **Descriptors:** Maternal and Child Nursing; Neonatal Nursing; Mother-Child Relationships; Premature Newborn; Transcultural Nursing; Nursing Research.

RESUMEN

Objetivo: comprender la vivencia para la maternidad después del parto prematuro. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, con 12 participantes, en un hospital universitario a través del cuestionario sociocultural de Madeleine Leininger, de la técnica de la narrativa de vida e instrumento para obtener informaciones de los prontuarios de las entrevistadas y de sus recién nacidos. Se basó el análisis en la Etnoenfermería. Se presentaron los resultados también en forma de figura. **Resultados:** se informa que emergieron dos categorías analíticas: Los riesgos gestacionales y el nacimiento prematuro y el enfrentamiento de los cuidados maternos al hijo prematuro. Se han vivido, por todas las mujeres, enfrentamientos para la maternidad desde el período gestacional relacionado al parto prematuro, hasta el momento del alta hospitalaria. **Conclusión:** se hizo la vivencia de la maternidad de madres con hijos prematuros un enfrentamiento desde el momento del parto anticipado, que ocurrió relacionado a los riesgos gestacionales biológicos y también asociado a las características individuales y condiciones sociodemográficas desfavorables. En el caso de la madre que se vuelve cuidadora primaria, el recién nacido, que pasa a pertenecer a un ambiente familiar, se articula desde el período de internación. **Descriptor:** Enfermería Materno-infantil; Enfermería Neonatal; Relaciones Madre-Hijo; Recién Nacido Prematuro; Enfermería Transcultural; Investigación en Enfermería.

^{1,2,5}Doutores, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Brasil. E-mail: ivnenfermagem@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2504-2472>; E-mail: inesmeneses@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1057-568X>; E-mail: enf.italo@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2882-1877>; ³Doutora (Pós-doutora), Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Brasil. E-mail: rangel.leila@gmai.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-1831-0982>; ⁴Mestra, Universidade Positivo/UP. Brasil. E-mail: suellen_rl@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2468-9784>

INTRODUÇÃO

Traz-se este artigo, por temática, o enfrentamento da maternagem após o parto prematuro em consequência de riscos gestacionais. Define-se a maternagem como o conjunto de cuidados dispensados ao recém-nascido, possuindo efeitos positivos ao longo da vida, afirmando que ela tem sido interesse de pesquisas nacionais e internacionais, principalmente para compreender a importância da aproximação entre mãe e filho e, em especial, as que tiveram seus primeiros dias ou meses de vida internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.¹⁻²

Demonstra-se, pela literatura científica, que na gravidez de risco e no afastamento do recém-nascido que vai para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o vínculo entre mãe e filho pode ficar comprometido, tornando-se necessário o apoio para que o medo e as incertezas diminuam. Colabora-se, então, pelo acolhimento adequado, para a mãe superar a crise e fortalecer o desejo de cuidar do recém-nascido, de amamentar, de pegar no colo, transmitir carinho e conforto e de assumir a maternagem.¹⁻³

Torna-se relevante este estudo pela reflexão de que mães de filhos nascidos prematuros constituem um grupo cultural que deve ser valorizado por possuir experiências particulares que dão significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais. Percebe-se que, neste sentido, a dinâmica do contexto da maternagem é inseparável dos aspectos do comportamento (práticas maternas) e das suas representações (dimensões culturais e sociais).

Tem-se como questão da pesquisa, considerando que o contexto do ambiente, modos de vida e valores exercem influência no desfecho da gestação das mulheres que tiveram seus filhos prematuramente e na maternagem³⁻⁴: “De que forma se dá a vivência da maternagem após o parto prematuro?”.

Construiu-se, para responder ao questionamento, o seguinte objetivo: compreender a vivência da maternagem de mães com filhos prematuros.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, baseado na Etnoenfermagem, que teve como local o ambulatório de *follow-up* de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Realizou-se a coleta de dados, no período de janeiro a outubro de 2016, com 12 mulheres. Incluíram-se mães de crianças com até 24

meses de idade, de ambos os sexos, nascidas prematuras e que permaneceram internadas por um período igual ou superior a sete dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Excluíram-se crianças moradoras de abrigos cujos cuidados eram dispensados por outras pessoas.

Utilizaram-se, para a coleta de dados, três instrumentos: o 1º nível do Modelo de Sunrise aplicado por meio do questionário das dimensões das estruturas cultural e social; a técnica da Narrativa de Vida de Cuidado de Saúde⁴ com uma única pergunta norteadora: “Fale-me sobre a sua vida e que tenha relação com o nascimento e os cuidados com seu filho prematuro”. Construiu-se, além disso, um instrumento para obter informações dos prontuários das entrevistadas e de seus recém-nascidos.

Respeitaram-se os critérios éticos, seguindo todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Submeteu-se a pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro com aprovação sob o número de parecer nº109.934 e CAEE 07717612.7.0000.5285. Assinou-se, por todos os sujeitos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Identificaram-se os discursos, para assegurar o anonimato, com a letra “P” seguida por uma numeração, de acordo com a sequência da entrevista, por exemplo: P1.

Analisaram-se os dados à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger.⁴

RESULTADOS

Apresentam-se, na tabela 1, os fatores relacionados aos modos de vida, econômicos e educacionais, demonstrando o número de moradores que habitam na mesma residência que a entrevistada e o filho, o número de cômodos, a renda familiar, a fonte de renda familiar, a escolaridade e os motivos que as impediram de continuar os estudos.

Tabela 1. Fatores modo de vida, econômicos e educacionais. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Ident	N° de morador	N° de cômodos	Renda familiar(R\$)	Fonte de renda	Escolaridade	Motivo Pausa
P1	10	5	1.100	Casal, irmã	EMC	Gravidez
P2	4	3	370	Própria	EFC	Gravidez
P3	2	1	470	Própria	EFC	Trabalho
P4	9	6	1.000	Pais, irmão	EMI	Gravidez
P5	3	3	450	Companheiro	EFI	Opção
P6	8	4	880	Mãe	EFI	Opção
P7	5	4	880	Companheiro	EMI	Gravidez
P8	8	3	880	Companheiro	EMI	Gravidez
P9	6	4	950	Casal	EFI	Trabalho
P10	7	4	800	Companheiro	EMI	Gravidez
P11	5	6	470	Companheiro	EMC	Gravidez
P12	2	3	880	Companheiro	ESI	Gravidez

Ident: Identificação/N° de morador: Número de morador no domicílio/Motivo pausa: Motivo da pausa nos estudos/EMC: Ensino Médio Completo/EFC: Ensino Fundamental Completo/EMI: Ensino Médio Incompleto/EFI: Ensino Fundamental Incompleto/ESI: Ensino Superior Incompleto

Revela-se, em relação às condições econômicas, que sete das 12 entrevistadas dependiam da renda de outras pessoas da família, sejam eles companheiros, pai, mãe ou irmão; dessas, cinco mulheres refiram criar seus filhos com renda mensal inferior a um salário mínimo, considerando que o salário mínimo, na época da entrevista, era de R\$ 880,00.

Descreve-se, quanto às condições de moradia, que as mulheres residem em casas que possuem de um a seis cômodos, dividindo o espaço com até dez pessoas, o que poderá favorecer um cotidiano marcado por conflitos e circunstâncias constrangedoras. Ressalta-se, ainda, que as famílias estão expostas à insalubridade, visto que oito mães relataram habitar em comunidades carentes onde as casas são unidas umas às outras, o que impede

ventilação adequada e penetração da luz solar, fatores de risco para agravos de doenças respiratórias nos seus filhos.

Informa-se que três participantes não concluíram o Ensino Fundamental; duas mães possuem o Ensino Fundamental completo; quatro possuem o Ensino Médio incompleto; duas concluíram o Ensino Médio e uma mãe iniciou o Ensino Superior e não concluiu. Citou-se a gravidez como o principal empecilho para a não continuidade dos estudos.

Apresenta-se, na tabela 2, o resultado da pesquisa nos prontuários dos recém-nascidos, que obteve dados relacionados à história obstétrica materna.

Tabela 2. Caracterização dos dados obstétricos. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Identificação	Idade	AO	Intercorrência Gestacional	Parto	PN
P1	32	G2P2A0	Amniorrexe Prematura	Vag	4
P2	30	G4P3A1	Citomegalovírus	Vag	1
P3	36	G4P3A1	Eclâmpsia/Óbito	Cir	1
P4	18	G2P2A0	ITU	Cir	1
P5	18	G2P2A0	Pré-Eclâmpsia / ITU	Cir	1
P6	25	G3P3A0	ITU	Cir	0
P7	32	G2P2A0	Amniorrexe Prematura	Vag	1
P8	31	G3P3A0	Hemorragia digestiva	Cir	3
P9	36	G2P2A0	HA gestacional	Cir	2
P10	27	G2P2A0	HA gestacional	Cir	2
P11	21	G2P2A0	HA gestacional	Cir	0
P12	25	G2P2A0	Amniorrexe Prematura	Cir	2

AO: Antecedentes Obstétricos/G: Gestação/P: Paridade/A: Aborto/Parto: Tipo de parto/Vag: Vaginal/Cir: Cirúrgico/PN: Número de consultas pré-natal/ITU: Infecção do trato urinário/ HA: Hipertensão Arterial.

Nazareth IV, Santos IMM dos, Silva LR da et al.

Identificou-se, com esses dados, que a média de idade das mulheres foi de 27,5 anos e que, entre elas, cinco apresentaram hipertensão arterial; quatro foram diagnosticadas com infecção, sendo que três delas tiveram infecção urinária e uma pelo vírus Citomegalovírus; P8 apresentou doença hemorrágica; P7 manifestou amniorrexe prematura e P12 se submeteu à cirurgia gástrica.

Salienta-se que todas as mulheres tiveram experiências com gestação e parto anteriores, mas, na gravidez atual, duas mulheres não tiveram nenhuma consulta pré-natal e 66% tiveram parto cirúrgico para cesárea.

Codificaram-se, a partir dos resultados, duas categorias analíticas: 1) Os riscos gestacionais e o nascimento prematuro e 2) O enfretamento de maternar filho prematuro.

Os riscos gestacionais e o nascimento prematuro

Justifica-se esta categoria devido aos riscos biológicos, acumulado aos riscos relacionados a condições sociodemográficas desfavoráveis, influenciarem no parto prematuro e, conseqüentemente, na maternagem, pois, além da separação prematura da mãe e do bebê, as circunstâncias de vida tornam a mulher insegura para cuidar de um filho que nasceu em um tempo diferente. Torna-se fundamental, dessa forma, discutir os riscos gestacionais e o nascimento prematuro para compreender a maternagem relacionada à formação de vínculo e aos cuidados da mãe para com o bebê.

Apresentou-se, por todas as mulheres, risco gestacional biológico ou social, sejam eles relacionados à doença obstétrica na gravidez em curso ou relativos às intercorrências clínicas ou ainda referentes às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis.

Relatou-se, dentre as duas mães que não tiveram nenhuma consulta de pré-natal, pela primeira, descobrir a gravidez após ser ferida por arma de fogo e, por causa das circunstâncias de internações com recorrentes procedimentos cirúrgicos, não realizou o pré-natal, parindo com 29 semanas e dois dias. Justificou-se, por P11, o não acompanhamento no pré-natal devido à falta de apoio familiar durante a gravidez.

Eu não sabia que estava grávida, tomei um tiro, aí fiquei internada e já estava grávida dele, fiz cirurgia, passei pela sala de raio X, todas as coisas que não poderia ter feito. (P6)

Esperar para ser atendida? Minha mãe falava: “É [...] eu tive vocês e nem precisei de consulta”. Percebo que é porque ela não

Riscos gestacionais e o nascimento prematuro...

queria me acompanhar. Eu não queria ficar ali esperando sozinha. (P11)

Percebe-se a deficiência de amparo durante a gravidez, por vezes ocasionada, inclusive, pela rede de apoio familiar, revelando aspectos que influenciam diretamente o estímulo da gestante a dar continuidade ao acompanhamento do pré-natal, conforme descrito no trecho a seguir.

A minha tia, quando eu estava grávida dele, virou para mim e falou assim: Eu te levo na clínica para tirar e pago”. Eu estava com seis meses. (P5)

Acrescenta-se que, devido aos riscos de características biológicas, P2 pariu prematuramente com 29 semanas e dois dias; no entanto, as condições sociodemográficas desfavoráveis, caracterizadas pela violência doméstica e sintomas depressivos durante a gestação, atrelados à rejeição da gravidez, podem ter contribuído para com o componente do nascimento antecipado.

Porque eu cheguei no hospital, lembro até hoje quando eu entrei, eu vim agredida. Houve um tempo que eu fiquei com raiva por estar grávida dele, falei: “Não quero estar grávida do filho desse cara que quer me matar. Esse filho quer me levar para o cemitério junto com ele”. (P2)

Demonstrou-se, também, por outras mães (P5 e P11), estado depressivo durante a gravidez. Destaca-se que esses sentimentos eram envolvidos em contexto desfavorável atrelado ao uso de drogas lícitas como o álcool.

Fumava, bebia mesmo, sabe? Acho que até tive ela bêbada. (P5)

Eu queria me matar, depois da gravidez, eu só pensava em morrer! Na hora do parto? Eu estava apelando para morrer! Era um domingo, fiquei bebendo, minha pressão já estava alta, ia me dá eclâmpsia. (P11)

♦ O enfretamento de maternar filho prematuro

Verificaram-se, apesar de cada nascimento prematuro ter narrativas diferentes, singularidades entre elas, principalmente quando as mães consideraram a situação difícil, desconhecida e angustiante, sendo um momento delicado para toda a família. Permeia-se, além disso, a insegurança na transição do papel de tornar-se mãe que, em vez de acontecer com um filho saudável e a termo, ocorre com um prematuro e suas fragilidades fisiológicas.

Como eu ia cuidar? Eu não sabia se ia conseguir criar um filho tão frágil. (P1)

Foi um baque muito grande para mim, Tive muito medo. (P3)

Confere-se, por meio da experiência particular da prematuridade, outro sentido à

Nazareth IV, Santos IMM dos, Silva LR da et al.

expressão de se tornar mãe, como aconteceu com P12. Marcou-se o parto por procedimentos de suporte à vida do recém-nascido, considerado por ela como assustador, em vez de escutar o choro e tê-lo ao seu colo, como em nascimento a termo.

Intubaram na minha frente. Foi assustador! Eu queria pegar e não pude dar um carinho. (P12)

Narrou-se a ansiedade pela separação após o parto também por P9, que conseguiu ver o filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal depois de três dias. Detalha-se que, para P5, que estava em estado depressivo, ver e estar perto do filho era ainda mais importante, pois, somente após esse contato, conseguiu desenvolver mecanismo capaz de lutar contra a vontade de morrer.

Ele nasceu, já desceram com ele, depois, eu não vi ele mais, não me deixaram descer. Vi só três dias depois. (P9)

Assim, antes de eu ter visto ele, era só querer morrer. Isso foi o ruim, eu queria pegar, ver, sentir! (P5)

Tornaram-se frustrantes a entrada no ambiente tecnológico da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e o encontro com o filho diferente do idealizado para as duas mães (P9 e P2), pois elas estavam ansiosas a respeito da saúde do filho, preocupadas com a formação de todos os órgãos e, muitas vezes, mostravam-se desacreditadas em relação à sobrevivência do recém-nascido.

Ver seu neném ali, será que ele vai melhorar? Será que ele vai logo pra casa? Tão magrinho né? (P9)

Quando eu cheguei e vi, quase que eu desmaiei em cima da incubadora porque ele era todo intubado. (P2)

Dificultaram-se, pelo sentimento de não pertencer ao ambiente especializado da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pela insegurança e medo de atrapalhar o serviço especializado, as oportunidades de cuidado e aproximação de P4 e P2 com seus filhos.

O doutor ia me deixar ficar aqui mais tempo, sendo que eu pedi para ele para eu ir embora porque eu não aguentava ficar naquela ansiedade e está atrapalhando as enfermeiras (P4).

E lá no hospital falaram para mim que ele gostava de banho. Ele conhecia mais as vozes das pessoas que estavam dentro da UTI porque eu não ficava com ele dentro da UTI. (P2)

Enfatiza-se que foi oferecida a orientação para a posição canguru à P11, mas, apesar disso, ela narra que não se sentia segura para colocar seu filho no colo.

Eu me sentia mal em segurar, mas queriam me obrigar. Mas acho que eles achavam que

Riscos gestacionais e o nascimento prematuro...

eu era [...] sabe? Obrigada a ficar com a S. o dia todo no colo. (P11)

Relatou-se, por outro lado, pela P8, que, apesar de não poder acompanhar seu filho integralmente, sentia que sua presença na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal seria importante para a recuperação dele, e ela descreve que conversava e tocava timidamente suas mãos.

Eu chegava e botava minha mão na mãozinha dele e eu falava “mamãe está aqui”. Para mim, foi fundamental o amor. (P8)

Narrou-se, por somente uma mãe (P9), sobre a amamentação, pois, apesar de não ter tido a experiência de amamentar seu primeiro filho, devido a uma cirurgia de mastoplastia redutora, não foi simples aceitar que também não poderia oferecer seu leite ao filho prematuro; além disso, as lembranças em relação ao estímulo à amamentação foram sentidas por essa mãe como uma obrigação.

Porque as enfermeiras obrigam você a ter leite! Você tem que ter leite de qualquer jeito! Falavam: “Vai tentando!” (P9)

Pode-se intervir, pelo ambiente vivenciado pela puérpera, principalmente se ela se encontra no Alojamento Conjunto, local onde se incentiva a prática da amamentação e o vínculo da mãe com o recém-nascido, nos sentimentos maternos e incentivá-los de maneira negativa, como o de querer se afastar. Fez-se, pelo longo período de permanência em ambiente inóspito, pela ausência de conforto e com rotina massificadora, com que P10, mesmo se sentindo culpada, pedisse para ir embora do hospital.

Como eu me culpei por não estar aguentando mais. Pedi para ele me dar alta. Foi uma sensação muito ruim de eu ir embora e deixá-la. (P10)

Teve-se, todavia, no momento da alta hospitalar do recém-nascido, mistura de sentimentos, como alegria e medo, na narrativa de P12. Acredita-se que este foi o momento desafiador para esta mãe, pois representou a oportunidade de crescimento pessoal e maturidade, imaginando a chance se reconhecer como parte fundamental na vida do filho, ou seja, momento de desenvolver a maternagem.

Foi alegria e medo na alta. Quando ela teve febre, porque eles deram o telefone e falaram que qualquer emergência podia ligar e, às vezes, eu liguei para cá para perguntar. Me ajudou muito as explicações deles e agora eu posso cuidar. (P12)

DISCUSSÃO

Demandou-se, pelas questões aqui levantadas, o desenvolvimento de um estudo qualitativo aprofundado, no entanto, é fundamental ter consciência das limitações da interpretação qualitativa baseada na Etnoenfermagem, que está mais próxima de uma lógica de incertezas e probabilidades do que de conclusões verdadeiras e dedutivas. Tem-se como ilusória a ambição de se chegar a generalizações científicas que permitam descrever completamente o fenômeno cultural relacionado à maternagem do nascido prematuro.

Expõe-se, em estudo realizado em hospitais do Rio de Janeiro, a fragilidade na atenção à assistência ao pré-natal, evidenciando que apenas um quinto das mulheres possui cuidado compatível aos procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde, refletindo no aumento da razão de morbidade e mortalidade materna por causas evitáveis no Brasil.⁵⁻⁶

Obtiveram-se, em estudo que avaliou o acompanhamento pré-natal, 69% de adequação em relação ao início precoce da assistência em saúde no período gestacional, no entanto, encontraram-se proporções baixas (60%) em relação à imunização antitetânica, sistematização dos procedimentos e exames e no que diz respeito a atividades educativas, demonstrando, inclusive, que as mulheres com menor renda e residentes na zona rural foram as que receberam o pior cuidado durante o pré-natal.⁶

Atenta-se, ainda que as entrevistadas não tivessem completado o número de consultas pré-natal estipulado pelo Ministério da Saúde, como se observa na tabela 1, para a tendência a identificar associação, muitas vezes não existente, entre maiores percentuais de inadequação da assistência pré-natal e prematuridade. Necessita-se, então, corrigir pela duração da gestação qualquer medida de adequação da assistência ao pré-natal para serem avaliados corretamente os parâmetros de adesão a este atendimento.⁶⁻⁷

Ressalta-se que existem fatores de risco de simples reconhecimento durante o acompanhamento de pré-natal, como a hipertensão arterial, a infecção do trato urinário e os riscos sociais, que podem alertar a equipe de saúde no sentido de vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador. Evitam-se, pela intervenção precoce, os retardos assistenciais, com a capacidade de prevenir morbidade grave e morte materna.⁶⁻⁸

Entende-se, a partir das narrativas, a duplicidade de riscos a que as mulheres estavam expostas, sendo, primeiramente os riscos biológicos, acumulados aos riscos relacionados a condições sociodemográficas desfavoráveis, incluindo situações de estresse pela falta de apoio familiar e episódios de violência física por parte do companheiro.

Coincidem-se os resultados encontrados neste estudo também com outras pesquisas sobre a violência contra a mulher associadas a mulheres solteiras, em idade reprodutiva, com baixa escolaridade, baixo nível econômico e condições sociais desfavoráveis, como dependência financeira.⁹⁻¹¹

Deslocam-se, pela violência contra a mulher, sentimentos de culpa e medo para as próprias vítimas, que passam a se sentir humilhadas, envergonhadas e desonradas no contexto da sociedade. Elencam-se os tipos de violência contra a mulher, que vão desde a violência física e psicológica, à violência moral, patrimonial e sexual; no entanto, mulheres que são violentadas durante a gravidez possuem maiores riscos para abortos inseguros. Representa-se a violência um risco à vida da mulher, além da possibilidade de prejudicar a sua saúde mental.¹⁰⁻¹

Podem-se tornar depressivas as mulheres que são violentadas durante a gravidez, o que colabora para componentes de eventos de vida negativos no ciclo gravídico-puerperal, com baixa adesão ao pré-natal, incluindo má nutrição, hábito irregular de sono e consumo de drogas, álcool e tabaco.¹⁰⁻² Frisa-se, como importante, que, nas duas mulheres diagnosticadas com estado depressivo, o pico dos sentimentos da doença, tais como tristeza profunda e vontade de morrer, ocorreu momentos antes do parto.

Demonstra-se, em pesquisa realizada em dois Estados brasileiros, que, dentre as gestantes que faziam uso de álcool e drogas, 24,4% tinham nível de estresse elevado e 40,8% estavam com sintomas depressivos graves,¹³ dados de corroboram este estudo. Torna-se relevante destacar que as mulheres diagnosticadas com depressão, no momento do parto, relataram o tabagismo e o etilismo, além de baixa adesão ao acompanhamento de pré-natal, aumentando os riscos gestacionais tanto para a mulher, quanto para o feto.

Comprovou-se que, no uso do cigarro, os efeitos do monóxido de carbono e da nicotina absorvidos pelo organismo materno são passados para o feto e têm, como consequência, abortos espontâneos, nascimentos prematuros e complicações com a placenta. Gera-se, pelo uso do álcool na gestação, transtorno grave de desordens

relacionadas à Síndrome Alcoólica Fetal, com riscos de alterações congênitas no sistema nervoso central. Aumentou-se a incidência de desta síndrome, nacionalmente, de 34 para 58 casos por mil nascimentos hospitalares.¹³

Acredita-se que as equipes das unidades de saúde ainda não conseguiram identificar as mulheres que mais precisam de cuidados e orientação durante período gestacional, para oferecer um atendimento individualizado, com identificação criteriosa dos riscos que têm, como uma das consequências, o nascimento prematuro. Sabe-se que a prematuridade, por sua vez, está se tornando um problema de saúde pública na atualidade, com maiores chances de ocorrer entre mulheres que tiveram baixa adesão ao pré-natal e possuem características socioeconômicas individuais desfavoráveis, como baixa renda e escolaridade.¹⁴⁻⁶

Relaciona-se culturalmente a expressão humana do nascimento antecipado ao nascer “faltando alguma coisa”, e esta relação ainda é mais forte quando, por meio do contexto cultural de outras mães, se descobre a possibilidade da doença ou da deficiência do nascido prematuro, isto porque os padrões culturais desejados de saúde, que fazem parte do contexto ambiental da mulher, podem se inter-relacionar com o contexto ambiental daqueles que estão próximos, causando ainda mais ansiedade.

Aponta-se, além da situação particular do parto prematuro ter provocado impacto, aumentando o nível de estresse materno, que o desgaste maior aconteceu no momento da separação física e emocional do recém-nascido, quando ele foi encaminhado para os cuidados intensivos. Provocou-se, por esse afastamento, angústia materna, pela incapacidade, muitas vezes, de cuidar do filho, relacionar-se com ele, ou seja, de desenvolver a maternagem.

Entende-se que talvez fosse necessário que o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, por ser um dos profissionais que recebem o recém-nascido na unidade, fosse comunicar à mãe que seu filho já estava sendo esperado e que o hospital possui equipe de profissionais que cuidarão dele, pois esta seria a oportunidade de a Enfermagem realizar um dos cuidados mais relevantes: o acolhimento desta mãe, isso porque o cuidado de Enfermagem deve ser mais do que fazer ou realizar tarefas de ação física, ele tem significados culturais e simbólicos, tais como proteção, respeito e presença.¹⁵⁻⁷

Trata-se, pelo acolhimento, também, da capacidade de solidarizar-se, pois esse tipo de envolvimento pode significar a possibilidade

da redução da inquietação emocional, principalmente de mães que têm seus filhos hospitalizados. Acrescenta-se que outra forma de diminuir a ansiedade e a dúvida é colocá-las no centro do cuidado, envolvendo-as nas rotinas das atividades do recém-nascido, possibilitando a maternagem ainda na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.^{14,17}

Deve-se, no entanto, estimular a aproximação com cautela, para que não haja imposição, entendendo que a recusa não deve ser considerada anormal, mas, sim, previsível porque o vínculo fica vulnerável para ambas as partes: de um lado, uma mulher que se tornou mãe e precisa de apoio emocional, devido às circunstâncias complexas de sua vida; em contrapartida, há um recém-nascido frágil que, além de demandar cuidados profissionais e tecnológicos, carece, também, da participação de sua mãe para que lhe possa proporcionar um equilíbrio emocional por meio da maternagem.

Relaciona-se o querer se distanciar também aos regulamentos instituídos pela rotina hospitalar. Discute-se que a práxis cotidiana colabore, na maioria dos casos, para que o cuidado profissional associado às regras estabelecidas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal se sobreponha ao cuidado materno nas instituições hospitalares. Torna-se evidente que não se pode descartar a importância dos cuidados técnicos, mas algumas mães se sentem desnecessárias naquele cenário e, por isso, acabam por se afastar dele e, na maioria das vezes, só ouvem falar das experiências da equipe profissional com seus filhos.¹⁸

Sugere-se, entretanto, que é na tentativa de aproximação com as mães que a equipe de Enfermagem deve assumir duas posições: a de trabalhador da saúde e de educador.^{4,17} Detalha-se que, apesar de algumas mães entrevistadas já possuírem outros filhos, o enfermeiro, por meio da abordagem holística, deve ser capaz de identificar as vulnerabilidades da mulher, independente de quantos filhos ela já teve ou cuidou. Deve-se incluir, na assistência de qualidade para mãe e recém-nascido, a reorganização da assistência para aproveitar os curtos períodos em que ela está presente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para envolvê-la no cuidado.

Verificou-se, analisando as outras narrativas de vida, que nenhuma mãe explicitou que cuidou de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e isso aconteceu, possivelmente, por não achar importante relatar os seus cuidados para com seus filhos no período de internação ou por ter

se sentido mera espectadora do processo. Percebe-se que algumas mães delegaram total responsabilidade à equipe por considerar o cuidado profissional somente o responsável e capaz de manter o filho saudável.

Torna-se valorosa, contudo, a mãe que tem a possibilidade de tocar seu filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pois é o momento em que ela descobre a sua singularidade diante da coletividade e onde há a oportunidade dela expressar a melhora do recém-nascido ou avaliar se está sendo bem cuidado, bem tratado e até com uma aparência melhor.¹⁷

Corroboram-se outras pesquisas pela conversa e o toque entre mãe e recém-nascido, que são os contatos que mais predominam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e isso atenua a sensação de separação mãe-filho, pois, apesar do recém-nascido não ser capaz de entender o significado do que está sendo expressado, ele reconhece a melodia e os sentimentos que estão sendo expostos pela voz, o que promove a melhora de parâmetros fisiológicos.¹⁸⁻⁹

Tem-se o contato materno com a pele do filho, da mesma forma, como importante para que ele possa sentir que existe toque carinhoso e sem dor. Remete-se, por esse contato, ao movimento de aproximação, constitutivo da dinâmica do ser, já que, na maioria das vezes, os recém-nascidos são tocados pela equipe de profissionais para a administração de medicamentos, coletas de sangue, entre outros procedimentos dolorosos e impessoais.^{17,19}

Acredita-se que, independentemente das oportunidades de toque, contato pele a pele e de realizar melodias, o sentimento da maternidade se torna frágil quando a mãe percebe que não conseguirá amamentar seu filho, principalmente quando ela está em ambiente onde outras mães amamentam e a equipe profissional não desenvolve o cuidado individualizado.²⁰

Discute-se que, no momento em que a mulher percebe que não poderá amamentar e falta apoio frente à dificuldade, é como se seu papel materno fosse menos importante do que o das outras mães que amamentam, já que, culturalmente, o ato da amamentação determina a plenitude do envolvimento do vínculo mãe-filho.²⁰

Verifica-se, diante das dificuldades no período de internação, que algumas mães narraram o desejo de ir embora do hospital, revelando a singularidade do ser humano feminino, apesar do sentimento de culpa. Ocorre-se a culpabilidade porque a dinâmica

da dimensão cultural da mulher que esteve grávida não permite que ela saia da maternidade sem seu filho no colo. Infere-se que, talvez, permanecer além dos seus limites físicos e psicológicos fosse o que as mães desejassem, posto que a construção dos valores culturais em torno da mulher impõe a obrigação de ser mãe antes de tudo, antes do seu cansaço, antes do seu estresse, antes da sua vida.

Constata-se, ao buscar conhecer por meio das narrativas sobre a alta do recém-nascido, que a chegada ao domicílio com o filho representa o rompimento com o mundo cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e gera situações próprias do contexto cultural familiar e domiciliar. Sabe-se que é o momento aguardado pelas mães e familiares, contudo, requer adaptação, pois, nesta etapa, mãe e filho parecem ser um só, apesar do sentimento de medo por estar a sós com o filho, longe da tecnologia e dos profissionais especializados da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.^{17,20}

Pondera-se, diante dos resultados analisados e discutidos, que a limitação do estudo ocorreu devido às entrevistas serem coletadas no ambiente hospitalar onde, apesar de o encontro ter sido em lugar privado e com a garantia do anonimato, as participantes temeram sofrer constrangimentos ao narrar críticas sobre os cuidados dos profissionais de saúde durante a internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

CONCLUSÃO

Tornou-se a vivência da maternagem de mães com filhos prematuros um enfrentamento desde o momento do parto antecipado, que ocorreu relacionado aos riscos gestacionais biológicos e também associado às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis.

Mostra-se, pelos achados discutidos, a presença de preocupações e dúvidas em relação ao estado de saúde e desenvolvimento do recém-nascido, desde o período de internação, até o momento da alta, as quais também causam enfrentamentos para a maternagem.

Intui-se, com esta pesquisa, contribuir para que o período de adaptação, tanto da mãe que se torna cuidadora primária, quanto do recém-nascido, que passa a pertencer a um ambiente familiar, seja articulado desde o período de internação. Recomenda-se, assim, o planejamento em conjunto com as mães e a realização de visitas domiciliares, pela equipe

de saúde da Estratégia de Saúde da Família, que tem a responsabilidade de promover atenção individualizada e integral, aumentando a capacidade de adaptação familiar, reduzindo os riscos e os episódios de reinternações, constituindo fonte de apoio para o desenvolvimento da maternagem no domicílio. Sugere-se, para isso, espaço no qual as mães possam externar seus sentimentos e contar suas experiências, ressignificando a comoção inicial associada ao nascimento e internação do filho e ajudando na maternagem após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Abendroth AK, Huffman ML, Treas J. The parity penalty in life course perspective motherhood and occupational status in 13 European countries. *Am sociol rev.* 2014 Aug; 79(5):993-1014. Doi: <https://doi.org/10.1177/0003122414545986>
2. Reis AT, Santos RS. Mothering the surgical newborn: foundations for nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2013 Jan/Feb; 66(1):110-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167201300010001>
3. Nazareth IV, Santos IMM. Sociocultural dimension of parents of premature infants discharged from a neonatal intensive care unit. *Rev RENE.* 2014 July/Aug;15(4):621-30. Doi: [10.15253/2175-6783.2014000400009](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400009)
4. Leininger MM, Mcfarland MR. Culture care diversity and universality : a worldwide nursing theory. New York: Jones and Bartlett Publishers Inc.; 2015.
5. Gesteira ECR, Braga PP, Gomes IF, Oliveira JA, Lopes MR, Galdino MFG. Family living in child care with complications of prematurity. *Ciênc Cuid Saúde.* 2016 Oct/Dec; 15(4):630-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i4.29959>
6. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme MM, Gama, SGN, et al. Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. *Rev panam salud pública [Internet].* 2015 [cited 2018 Feb 03];37(3):141-7. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147>
7. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adaptation of the process of prenatal care in accordance with criteria established by the Humanization of Prenatal and Birth Program and the World Health Organization. *Ciênc saúde coletiva.* 2014 July;19(7):1995-9 Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>
8. Fonseca SC, Monteiro DSA, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario S. Inequalities in prenatal care in a southeastern city in Brazil. *Ciênc saúde coletiva.* 2014 July;19(7):1991-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.04212013>
9. Beattie J, Hall H, Biro MA, East C, Lau R. Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomised trial. *Midwifery.* 2017 July; 50(3):174-83. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.006>
10. Teixeira SVB, Moura MAV, Silva LR, Queiroz ABA, Souza KV, Albuquerque Netto L. Intimate partner violence against pregnant women: the environment according to Levine's nursing theory. *Rev esc enferm USP.* 2015 Dec; 49(6):882-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600002>
11. Gomes ICR, Rodrigues VP, Nery IG, Vilela ABA, Freitas J, Diniz NMF. Coping of women in domestic violence situation after aggression. *Rev baiana enferm.* 2014 May/Aug; 28(2):134-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v28i2.8969>
12. Patrick SW, Davis MM, Lehman CU, Cooper WO. Increasing incidence and geographic distribution of neonatal abstinence syndrome: United States 2009 to 2013. *J Perinatol.* 2015 Aug; 35(8):650-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2015.36>
13. Rocha PC, Alves MTSSB, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalence of illicit drug use and associated factors during pregnancy in the BRISA cohort. *Cad Saúde Pública.* 2016 Feb;32(1):1-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192714>
14. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014 Feb; 36(2):56-64. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>
15. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev esc enferm USP.* 2015 July/Aug; 49(4):540-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002>
16. Mendes CQS, Cacella BCA, Mandetta MA, Balieiro MMFG. Low birth weight in a municipality in the southeast region of Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2015 Nov/Dec; 68(6):857-63.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680624i>

17. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. Neonatal nursing: the meaning of existential caring in intensive care unit. Rev Bras Enferm. 2013 Sept/Oct; 66(5):656-62. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500003>

18. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA. Promoting mothers' care for premature neonates: the perspective of problem-based education in health. Rev Enferm UERJ. 2015 Jan/Feb; 23(1):128-31. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14779>

19. Santos LM, Morais RA, Miranda JOF, Santana RCB, Oliveira VM, Nery FS. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. J res fundam care. 2013 Jan/Mar; 5(1):3504-14. Doi: [10.9789/2175-5361.2013v5n1p3504](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3504)

20. Marques GCM, Pinho LMO, Rodrigues LSA, Martins CA, Matão MEL. Breastfeeding: mothers experiences who had hospitalized babies in neonatal intensive care unit. J Nurs UFPE on line. 2016 Feb;10(2):495-9. Doi: [10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201615](https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201615)

Submissão: 23/08/2018

Aceito: 20/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondência

Isis Vanessa Nazareth
Granja dos Cavaleiros
Av. Aloízio da Silva Gomes, 50
CEP: 27930-560 – Macaé (RJ), Brasil