



Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança
Mestrado Acadêmico



**SIGNIFICADOS DO CUIDADO MATERNO PARA
ADOLESCENTES COM FILHOS PRÉ-TERMO INTERNADOS
EM UNIDADE NEONATAL**

FERNANDA DE MOURA SOARES

SÃO LUÍS – MA

2016

FERNANDA DE MOURA SOARES

**SIGNIFICADOS DO CUIDADO MATERNO PARA ADOLESCENTES COM FILHOS
PRÉ-TERMO INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

Área de concentração: Ciclo Materno-Infantil

Orientadora: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Co-orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

SÃO LUÍS - MA

2016

Soares, Fernanda de Moura

Significados do cuidado materno para adolescentes com filhos pré-termo internados em unidades neonatal/Fernanda de Moura Soares – São Luís, 2016.

83 f.

Orientadora: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Co-Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança, 2016.

1.Maternidade na adolescência 2.Prematuro 3. Cuidados da criança I.
Título.

CDU 618.2-053.6

FERNANDA DE MOURA SOARES

**SIGNIFICADOS DO CUIDADO MATERNO PARA ADOLESCENTES COM FILHOS
PRÉ-TERMO INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy (Orientadora)
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Flor de Maria Araújo Mendonça Silva (1º. Examinadora)
Universidade CEUMA

Profa. Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves (2º. Examinadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Jacira do Nascimento Serra (3º. Examinadora)
Departamento de Medicina I – DEMED I
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

SÃO LUÍS - MA

2016

*Às mães adolescentes, que comigo
compartilharam suas histórias, e seus filhos
pré-termo, inspiração de seus cuidados.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai de bondade. A Vós eu agradeço o dom da vida, as dificuldades e tantas graças concedidas em minha caminhada. Presença viva em mim. “E mesmo nas marcas daquela dor, do que ficou, vou lhe lembrar e realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou”.

Aos meus amados pais, Reinaldo e Solange, por viverem comigo esse sonho e me incentivarem desde cedo o empenho aos estudos. À vocês eu devo a mulher que sou hoje. Meu eterno amor e gratidão.

À minha irmã, Bruna Maria, meu maior sentimento de amor. Compartilhando comigo a vida e o encanto pela Enfermagem. Sua doçura, profissionalismo e dedicação são espelhos para mim.

À minha querida orientadora, Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy, pelos ensinamentos, paciência e cuidado comigo. O seu olhar crítico e construtivo aguçou-me o interesse pela pesquisa. Minha gratidão, carinho e admiração.

À Prof. Dra. Silvana Santiago da Rocha, por construir comigo o projeto de pesquisa, com o qual concorri ao seletivo do mestrado, e por acompanhar-me ao longo dessa jornada pela pesquisa.

Às Profa. Dra. Julia Maciel Soares Vasques, Profa. Dra. Jacira do Nascimento Serra e Dra. Roxana Desterro e Silva da Cunha pelas contribuições e sugestões valiosas no exame de qualificação.

Às meus amigos-irmãos Rafael, Giselle, Jessyca, Lara, Rafaela, Marina e Jean. Pela alegria de cada encontro, pelo silêncio para ouvirem minhas angústias, por sempre me incentivarem e acreditarem em mim. Muito obrigada!

Aos meus familiares, em especial Tia Ana Reis, Patrícia e Gabriela, e amigos de São Luís que me acolheram em suas residências e em suas vidas, contribuindo para que alcançasse mais um dos meus tantos sonhos.

Aos amigos da Maternidade Dona Evangelina Rosa, que estiveram sempre disponíveis e solícitos a me ajudarem durante a coleta de dados. Obrigada pela torcida!

Aos colegas de turma que compartilharam vários momentos deste caminho. Em especial Renata, Nilviane, Marília, Monique e Marlon. Queridos amigos, o apoio e auxílio de vocês foram fundamentais para galgar essa meta. Meu afeto e agradecimento.

À Ana Cláudia, terna amiga, que vivenciou junto a mim as inquietações e conhecimentos que o estudo qualitativo nos propiciou ao longo dessa trajetória. Obrigada pela parceria.

Às colegas do grupo de pesquisa: Clarice, Dinamara, Jesus, Júlia, Karol, Marina, Natany e Taiana. Agradeço o auxílio e o apoio no processo de trabalho dessa pesquisa.

Aos professores da Pós-Graduação por todo conhecimento transmitido e pelos preciosos ensinamentos, que eu os leve por toda minha vivência acadêmica. À Coordenação do mestrado pelo estímulo. Ao incentivo da CAPES, referente a bolsa de mestrado.

Às mães adolescentes, que aceitaram participar da pesquisa. Além de minha gratidão pela confiança depositada e pela oportunidade de aprendizado e crescimento pessoal e profissional, ressalvo minha admiração pela coragem e determinação diante da maternidade na adolescência e a prematuridade de seus filhos.

Enfim, muito obrigada a todos que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente com esse estudo e estiveram ao meu lado durante esse percurso.

*“Só existem dois dias do ano que nada pode ser feito.
Um se chama ontem e o outro se chama amanhã.
Portanto, hoje é o dia certo de amar, acreditar, fazer
e principalmente viver”.*

(Dalai Lama)

RESUMO

Introdução: Cuidar de um recém-nascido pré-termo, em meio a sua fragilidade, representa uma atividade delicada para qualquer mãe, principalmente para puérperas adolescentes que, em sua maioria, pela imaturidade emocional e inexperiência podem vivenciar esse momento como um exercício bastante conflitivo.

Objetivo: Analisar os significados do cuidado materno para adolescentes com filhos pré-termo internados em unidade neonatal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva analítica, com abordagem qualitativa, na qual participaram vinte mães adolescentes, de 10 a 19 anos, que estavam acompanhando seus filhos pré-termo internados em uma maternidade de referência estadual do Nordeste brasileiro. Para obtenção de dados foi realizada coleta de informações em fonte secundária e entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi realizada segundo a Análise de Conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** Dos relatos emergiram três temas centrais: “A não possibilidade do cuidado materno”, “Aprendendo a cuidar” e “Diferentes vivências no cuidado de mães adolescentes ao recém-nascido pré-termo”. Para as mães adolescentes cada unidade de internação do neonato possibilitou uma compreensão diferenciada sobre o cuidar. Os significados do cuidado materno foram expressos como sentimento e práticas que envolvem o suprimento das necessidades dos bebês, incluindo o aleitamento materno e o Método Canguru. **Considerações finais:** Diante dos resultados obtidos, conclui-se que a construção dos significados do cuidado materno para as mães adolescentes entrevistadas foi influenciada pelos diversos ambientes da Unidade Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) e, também, pelas orientações recebidas pela equipe neonatal. Na Unidade Canguru, onde as mães adolescentes estavam mais próximas do filho, foi possível o empoderamento, a efetivação dos cuidados e o reconhecimento do ser mãe.

Palavras-chave: Maternidade na adolescência. Prematuro. Cuidados da criança.

ABSTRACT

Introduction: Taking care of a newborn preterm amid its fragility, it is a delicate activity for any mother, especially for adolescent mothers who, in most cases, the emotional immaturity and inexperience can experience this moment as a very conflictive exercise. **Objective:** To analyze the meanings of maternal care for adolescents with preterm children admitted to the neonatal unit. **Method:** This is an analytical descriptive research with a qualitative approach, which was attended by twenty teenage mothers from 10 to 19, who were accompanying their preterm children admitted to a state reference hospital in Northeast Brazil. To obtain data were collecting information on secondary source and semi-structured interview. Data analysis was performed according to the Content Analysis, thematic modality. **Results:** The reports emerged three central themes: "The no possibility of maternal care", "Learning to care" and "Different experiences in the care of teenage mothers to newborn preterm." For teenage mothers each neonate inpatient unit allowed a differentiated understanding of care. The meanings of maternal care were expressed as feeling and practices involving the supply of the needs of infants, including breastfeeding and Kangaroo. **Final considerations:** Given the results, it is concluded that the construction of the meanings of maternal care for teenage mothers interviewed was influenced by the various environments of the Neonatal Unit (NICU UCINCo and UCINCa) and also the guidelines received by the neonatal team. In Unit Kangaroo where teenage mothers were closer to the child, empowerment, effectiveness of care and the recognition of being a mother could.

Keywords: Motherhood in adolescence. Premature. Child care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPN	Baixo Peso ao Nascer
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MC	Método Canguru
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UN	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 Cuidado Materno	17
3.2 Maternidade na adolescência	22
3.3 Ser mãe (adolescente) de recém-nascido pré-termo	26
4 METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Período e local de estudo.....	32
4.3 Participantes do estudo	33
4.4 Amostra do estudo.....	34
4.5 Técnicas e Instrumentos de obtenção de dados	34
4.6 Coleta de dados.....	35
4.7 Análise dos dados	36
4.8 Aspectos éticos	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Caracterização das adolescentes e de seus filhos	39
5.2 Apresentando as categorias do estudo	40
5.2.1 “A não possibilidade do cuidado materno”	40
5.2.2 “Aprendendo a cuidar”	46
5.2.3 “Diferentes vivências no cuidado de mães adolescentes ao recém-nascido pré-termo”.....	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

Maria estava abraçada com sua mãe, enquanto as duas olhavam o bebê pelos vidros da antessala da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Em silêncio, ela acompanhava todas as atividades desenvolvidas, os profissionais, observava os equipamentos ali existentes... tudo parecia estranho e ela, assustada, buscava o colo de sua mãe. Maria era uma adolescente de 16 anos que há cinco dias havia sido submetida a uma cesariana de urgência. Seu filho, que nascera com 32 semanas de gestação e peso de 1.715g, encontrava-se internado na UTIN desde o nascimento. Ao entrar sozinha na unidade, pois naquele turno não era permitido a visita dos avós, Maria estava insegura. Ela foi até a incubadora, parou e permaneceu imóvel olhando o bebê. Nenhum profissional aproximou-se dela. A mãe adolescente não tocou o filho. Não sabia o que fazer ali.

Essa é a história do primeiro encontro de Maria com o seu filho pré-termo internado em Unidade Neonatal (UN). É uma, dentre muitas histórias que acontecem diariamente nas UTIN do país. Foi a partir de observações de encontros como este que surgiu o interesse pela temática. Como é possível para essas mulheres, especialmente na adolescência, construírem seu papel de mãe de uma criança que nasceu pré-termo e necessitou de internação neonatal? Como é possível participar dos cuidados do filho durante a internação? Como a equipe de saúde pode contribuir para a construção desse cuidado?

Muitos trabalhos na literatura demonstram as dificuldades de mulheres diante da internação do filho pré-termo em relação ao exercício do cuidado materno (CARTAXO et al., 2014; DUARTE et al., 2012; SCHMIDT et al., 2012; GAÍVA; SCOCHI, 2005). Porém não foram encontrados trabalhos que tenham como objeto de estudo esta situação para mães adolescentes. Em busca nas principais bases de dados, foram encontradas apenas seis pesquisas (BARROSO; PONTES; ROLIM, 2015; LEÃO, 2012; NEU; ROBINSON, 2008; CHAGAS; MONTEIRO, 2007; ORTIZ et al., 2006; DELGADO, 2002) que tinham como objeto a relação de mães adolescentes com seus filhos pré-termo, e nestes, pouco se discutem sobre o cuidado materno.

Na atualidade, pesquisadores têm buscado resgatar os significados para o cuidar/cuidado, defendendo que o cuidar está vinculado às realidades humanas. Assim, o cuidado pode ser definido como comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas, para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (WALDON, 2008).

No que se refere ao cuidado materno, Ferreira et al. (2015) descrevem essa prática como um conjunto de ações biopsicossocioambientais que permitem à criança desenvolver-se satisfatoriamente. Esses cuidados, oferecidos pela mãe ou substituta, são condutas ou atitudes de interação, que mesmo quando têm um objetivo físico, não deixam de provocar vivências na criança, as quais dão base para o seu desenvolvimento cognitivo e, especialmente, emocional.

Nesse sentido, ao tratar sobre o significado do cuidado materno, Barbosa et al. (2010) pontuam que este é próprio para cada mãe. A partir de suas histórias, vivências familiares e pessoais, as mulheres produzem significados diversos sobre o ser mãe cuidadora. Estes significados nem sempre se apresentam de maneira precisa, mas são construídos ao longo do tempo, no processo de desenvolvimento da maternagem. Dependem da maturidade e não necessariamente da experiência no cuidado à criança.

Diante deste contexto, a construção do significado do cuidado materno não é influenciada apenas pela falta de experiência da adolescente, mas está relacionada com sua história de vida e sua maturidade. Para Guedes et al. (2012), no entanto, os conflitos de identidade característicos desta fase fazem as mães adolescentes se perceberem como pouco competentes no cuidado ao seus filhos. Para Melo et al. (2012) esta questão é mais presente, ainda, para as primíparas.

Vários estudos sobre a maternidade na adolescência, em situação de nascimento a termo, demonstram a importância de uma rede de apoio para que a mãe adolescente assuma, gradualmente, os cuidados do filho, e expressam também a necessidade de uma atenção direcionada para essa faixa etária, com ações que favoreçam a interação entre mãe e filho, levando em consideração os contextos familiares, sociais e culturais nos quais está inserida (MERINO et al., 2013; MELO et al., 2012; ANDRADE; RIBEIRO; SILVA, 2006). Essa necessidade fica mais premente, ainda, no contexto do nascimento pré-termo quando, além de lidar com as particularidades da maternidade, terão que lidar com um recém-nascido (RN) de

risco, em situação de internação hospitalar. É essa questão que esta pesquisa busca compreender.

A construção do papel materno em situação de internação em Unidade Neonatal está muito relacionada com os cuidados e práticas que os serviços de saúde ofertam para as mães (LAMY et al., 2011). Para Dittz et al. (2011), o cuidado no espaço na UN está relacionado com a capacidade da instituição de saúde de responder às exigências do neonato, de sua mãe e de sua família. E essas práticas serão determinantes para o desenvolvimento do cuidado materno.

À medida que a instituição se organiza e cria alternativas para atender às especificidades da mulher, é possível a inserção das mães nas práticas de cuidado ao filho hospitalizado (DITZ et al., 2011).

Muitas modificações vêm ocorrendo ao longo dos anos no cuidado ao RN na unidade neonatal. O modelo de cuidado tradicional alicerçado no modelo médico curativista, centrado no bebê doente, vem cedendo espaço para um modelo humanizado que permite a presença dos pais e a incorporação da família nos cuidados. No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu o Método Canguru (MC) como modelo de atenção humanizada ao RN e o adotou como política pública de saúde em 2000 (LAMY et al., 2005).

Contudo, apesar dos avanços em relação aos direitos da criança e de seus pais e do conhecimento sobre as vantagens do envolvimento materno no cuidado hospitalar, observa-se que ainda há muito o que fazer em relação à implantação dessas práticas voltadas para a inserção das mães nos cuidados com o filho hospitalizado. Em muitos hospitais, a visita dos pais ou familiares aos recém-nascidos internados ainda é restrita e controlada por normas rígidas e a participação da mãe nos cuidados ao RNPT ainda é limitada (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008).

Nesse sentido, Santos et al. (2014) ressaltam a responsabilidade da equipe neonatal, enquanto educadora e facilitadora do processo de inserção das mães no processo de cuidado. Tal prática exige do profissional uma postura diferenciada, especialmente em se tratando de mães adolescentes, que demandam compromisso, envolvimento e poder decisório na assistência a ser prestada.

Desta maneira, esta pesquisa tem como pressupostos: 1. A maternidade na adolescência pode ser um momento difícil para a mulher especialmente diante do nascimento de um filho pré-termo que necessite de internação em unidade neonatal;

2. O significado do cuidado materno para adolescentes mães de recém-nascidos pré-termo internados em unidade neonatal é influenciado pelas práticas adotadas pela equipe de saúde.

A realização deste estudo justifica-se pelo fato de que a legislação normatiza a permanência da mãe junto ao filho na unidade de internação, mas isso não tem assegurado que esta, possa de fato, dispensar seus cuidados ao filho. Esta situação é mais delicada quando se trata de mães adolescentes. Assim, torna-se importante compreender como essas mães percebem o cuidado ao filho pré-termo no ambiente hospitalar, no sentido de possibilitar reflexões e práticas facilitadoras do cuidado materno.

Outra importante justificativa é relativa à pouca disponibilidade na literatura de artigos que discutam a especificidade do significado do cuidado materno para mães adolescentes de recém-nascidos pré-termo internados em Unidade Neonatal.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os significados do cuidado materno para adolescentes com filhos pré-termo internados em unidade neonatal.

2.2 Específicos

- ▶ Identificar características sociodemográficas e obstétricas das mães adolescentes do estudo;
- ▶ Identificar características perinatais dos recém-nascidos;
- ▶ Conhecer o processo de construção do cuidado materno para as adolescentes entrevistadas;
- ▶ Compreender as vivências de mães adolescentes nos diferentes ambientes de internação do recém-nascido.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Cuidado materno

O cuidado surgiu juntamente com a humanidade e, como ato de humanos, é por meio dele que a vida se mantém. Para Boff (2005), o ser humano não “tem” apenas cuidado, ele “é” cuidado. Significa que o cuidar possui uma dimensão ontológica, ou seja, faz parte da constituição essencial de homens e mulheres, e, assim, determina a estrutura de sua prática. Sem cuidado não existiria seres humanos. Nesse princípio, o autor sustenta que o estudo do cuidado é fundamental para qualquer interpretação do ser humano, pois sem o aprofundamento da prática do cuidado não é possível compreender o indivíduo.

O ser humano é um “ser de cuidado”. As pessoas nascem com este potencial e por isso, todos são capazes de cuidar e necessitam, da mesma maneira, de serem cuidados. Esta capacidade é desenvolvida de acordo com as vivências de cuidado durante a infância e as posteriores etapas da vida, além da influência de fatores ambientais, culturais, econômicos, políticos, religiosos, entre outros (WALDOW, 2008).

Na definição da filologia da palavra cuidar, tendo como suporte os estudos de Boff (2005), o autor considera o cuidar como:

[...] cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida (p. 29).

Os dois significados básicos, solicitude e preocupação, que se apreende da filologia de cuidado, propiciam o entendimento sobre a ideia de que o cuidar é mais que um ato singular ou uma virtude. É descrito como um “modo-de-ser”, quer dizer, a forma como a pessoa humana se estrutura no mundo junto com os demais seres. Neste sentido, amplia-se a representação de cuidado e configura-se como uma forma de “ser-no-mundo” e, a partir daí, de relacionar-se com as demais coisas (BOFF, 2005).

Conforme Baggio, Monticelli e Erdmann (2009), em qualquer contexto em que o cuidado se processe, aquele que cuida deve exercitar, sobretudo, antes de prestar o cuidado ao outro, o cuidado a si mesmo, em sua totalidade, buscando a integração da dimensão física, mental e espiritual, a fim de alcançar uma harmonia relativa entre o cuidado de si e o cuidado do outro, cuidando e sentindo-se cuidado por si e pelo outro. Quando estas formas de cuidado são interconectadas, fortalece os laços das relações, podendo aquele que cuida sentir-se cuidado, numa relação de troca mútua.

Quando o processo de cuidado se expressa pela ligação com o outro, Waldow (2008) estabelece que o cuidar se expõe em duas partes: o ser cuidado e o cuidador. Nessa vinculação de responsabilidade e compromisso, o cuidado deve ser complementado com o estabelecimento de uma resposta afetiva do outro, que representa a formação da relação de cuidado. Ocorre uma troca e esse encontro entre cuidador e ser cuidado, continuamente, possibilita transformação.

A autora afirma, ainda, que o cuidado compreende uma ação de movimento direcional, no qual o cuidador vai em direção a algo ou alguém a ser cuidado, que é o motivo de seu interesse ou preocupação com o objetivo de aliviar, satisfazer, ajudar, confortar e apoiar. Logo, a ação de cuidar tem sempre uma conotação para prover o bem para outro ser, em resposta a uma necessidade manifesta (WALDOW, 2008).

Logo, o exercício do cuidado representa a sensibilidade de doar-se, desde a si próprio como ao outro, pois somente cuida-se bem quando aquele exerce seu autocuidado. Quem cuida não se desprende de sua vida, apenas compartilha o seu viver com aquele que precisa de sua ajuda. O cuidado, dessa forma, humaniza o ser, valoriza a cultura do amor e da fraternidade, promovendo o crescimento daquele que cuida e de quem é cuidado.

Dentre todos os indivíduos que necessitam de cuidados, o bebê é um ser que precisa dele para garantir sua sobrevivência, e sua provisão em geral é dada pela mãe/mulher (BARBOSA et al., 2010). Coelho e Fonseca (2005) apontam que existe uma forte relação entre mulheres e cuidado. Em uma perspectiva histórico-cultural, as mulheres assumiram comportamentos diferenciados dos homens, mas semelhantes entre elas, devido principalmente à maternidade. Por ser considerada expressão de fecundidade, o próprio corpo das mulheres é considerado meio de cuidado. Esse cuidado estabelece vínculo pelas mãos que tocam o corpo,

promovem conforto, acalmam, pacificam, relaxam, mobilizam vida e estimulam mensagens comportamentais; o seio da mulher é lugar de conforto e fonte de alimento; e pelo olfato identificam certas doenças e processos fisiológicos. Além dos filhos, essas mulheres cuidam de outras mulheres na puberdade, gestação e parto, de adultos, idosos e moribundos, estando, desse modo, presentes em todo ciclo vital dos seres humanos.

Mazzini et al. (2008) afirmam que historicamente, o cuidado é visto como uma função feminina por excelência. Contudo, as concepções e práticas em torno do relacionamento mãe-criança nem sempre ocorreram da mesma forma, sendo as variações que sofreram ao longo do tempo uma construção social determinante.

Durante a Idade Média, a família era constituída a partir dos interesses econômicos, e por esse motivo não havia qualquer tipo de relação afetiva entre os cônjuges e entre estes e os filhos. Neste cenário, as mulheres e as crianças figuravam como pessoas de pouca importância, que se subordinavam ao marido/pai. Nenhum valor especial era atribuído à maternidade e tampouco aos bebês. Os cuidados com a criança não eram exercidos pelas mães, que as delegava às camponesas pobres. Entretanto, foi entre os séculos XVII e XIX, com o desenvolvimento do capitalismo e a ascensão da burguesia, que se instaurou uma diferenciação de papéis sociais, fundamental para mudança dessa realidade. Ao homem caberia o sustento da casa, enquanto à mulher os cuidados da família. Nesse momento, articulava-se que somente a mulher era capaz de gestar e parir, então, seria dela a responsabilidade pela educação e cuidado com os filhos (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Nesse período da história, o sentido da família e da infância torna-se importante, alterando profundamente as relações marido-esposa e pais-filhos. Iniciou, então, uma alteração da imagem da mulher como mãe. A maternidade passou a ser extremamente valorizada e os cuidados relativos à essa atividade passaram a ser exclusivos da mãe. Com essa valorização, o cuidado da mulher com os filhos não se restringia apenas ao atendimento das necessidades básicas do bebê, mas também a uma disponibilidade psíquica com a criança, denominada de maternagem por Donald Winnicott (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Segundo Winnicott (1994), a maternagem implica que a mãe se disponha de maneira acolhedora e segura diante do filho, o que não ocorre apenas na ocasião do nascimento e dos cuidados iniciais, mas ao longo de toda a primeira infância. Sendo

que muitos desses processos ocorrem em nível inconsciente. Deste modo, a maternagem representa um processo que vai se constituindo ao longo do tempo, possibilitando o surgimento de diferentes significados acerca do ser mãe.

A partir de seus estudos, Winnicott (2001) propõe que o bebê não existe sozinho, ele precisa de alguém que exerça função de mãe, que seja capaz de identificar e atender suas necessidades, satisfazendo sua dependência absoluta, em outras palavras, que desempenha uma maternagem “suficientemente boa”. Essas necessidades são, inicialmente, supridas pela mãe ou cuidador principal, mas, com o passar do tempo, outros cuidadores passam também a assumir esse papel.

O autor abordou, em sua teoria, uma condição especial que a mãe desenvolve ao final da gravidez e algumas semanas após o nascimento do bebê, a qual denominou de “preocupação materna primária”. É este estado que permite à mãe identificar-se com seu bebê a ponto de perceber suas necessidades e satisfazê-las, descrito pelo autor como um estado psicológico de verdadeira fusão emocional com o bebê, em que os dois são um só. É somente nesse estado que a mãe é capaz de fornecer um ambiente adequado para o desenvolvimento da criança (WINNICOTT, 2001).

Segundo Winnicott (2001), um bom desenvolvimento emocional depende do cuidado materno efetivo. O autor descreve *holding* e *handling* como alguns dos fenômenos básicos de uma maternagem “suficientemente boa”. O conceito de *holding* é representado como os primeiros momentos de relação mãe-bebê, o conjunto de cuidados que a mãe dispensa ao filho, incluindo principalmente o segurar, sustentar o bebê no colo. Não se relacionando apenas aos cuidados físicos com o bebê, mas também um relacionamento afetivo, uma forma de amar, o que pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de vinculação mãe-bebê. O *handling* é descrito como o manuseio corporal da criança em atividades de troca, banho, exercício favorecedor para personalização do bebê.

Assim como o bebê precisa de um ambiente favorável para desenvolver-se, a mãe também necessita estar em um ambiente facilitador para que possa dedicar-se ao filho. É essencial que o espaço proporcione a realização de cuidados da mãe com o filho. Ocorre que nem sempre a mãe pode exercer o cuidado ao filho no domicílio, após o nascimento, como idealizado por ela. Por razões diversas, alguns recém-nascidos requerem tratamentos intensivos em unidade específica, sem o qual

sua sobrevivência se tornaria inviável. Nesses casos, o cuidado materno precisa ser vivenciado dentro da unidade hospitalar.

Simsen e Crossetti (2004) discutem o cuidado em UTI Neonatal para profissionais de enfermagem e dizem que ele é determinado pelo ambiente em que acontece. Destacam que no ambiente da UN, em meio às atividades técnicas e científicas, as pessoas é que podem possibilitar que o cuidado seja vivenciado num contexto mais humano. Nesse espaço, o cuidar é representado como um conjunto de ações ambientais e biopsicossociais que possibilitam a atenção integral à mãe e ao seu filho, de forma que este se desenvolva bem ao seu lado. Assim, nesse espaço, o cuidado materno sofre influência da rotina hospitalar, podendo esta ser favorável ou não ao exercício de cuidado das mães aos filhos (DITZ et al., 2011).

Nesse sentido, o cuidado materno no ambiente hospitalar é estimulado e mediado pelos profissionais de saúde, com foco na valorização do contato e vínculo entre a mãe e o recém-nascido, na promoção do crescimento e o desenvolvimento da criança saudável, visando ao equilíbrio de suas dimensões psicológicas, sociais e espirituais (SANTOS et al., 2014).

Para Araújo, Rodrigues e Pacheco (2015), o compromisso do cuidado materno ao RN está diretamente relacionado aos laços afetivos estabelecidos entre mãe e filho. Nesse contexto, o toque é considerado ferramenta essencial para estimular o desenvolvimento do vínculo. Assim, quando a mãe toca e cuida do filho, promove o estreitamento do vínculo, fenômeno esse que possibilita à mãe tornar-se comprometida com o filho hospitalizado e posteriormente quando estiver em casa.

O toque ainda tem fundamental importância na redução da sensação materna de incompetência e medo em manusear seu próprio filho, devido à sua aparência frágil e pequena, no caso de prematuridade, ou pelo fato de estar ligado a vários aparelhos. O estímulo ao toque faz a mãe sentir-se incluída no processo de cuidado ao filho, pois passa a ter mais segurança em realizar cuidados mais simples e, posteriormente, a confiança de suas habilidades no cuidado pós alta (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

Destaca-se também que a experiência do cuidado materno na UN depende do momento que a mãe está vivenciando. Se a gravidez foi planejada, se ela pode contar com uma rede de apoio, se possui recursos psíquicos para assumir a gravidez e as mudanças que se processaram em seu corpo, em seu desenvolvimento e em seu contexto de vida. Deste modo, o apoio dos profissionais

de saúde, do companheiro e dos familiares são fundamentais, pois possibilitam às mães corresponderem às necessidades de seus filhos, identificando-se e diferenciando-se de modo saudável e suficiente, operando de forma que a maternidade possa ser internalizada como significativa na vida dessas mães (BARBOSA et al., 2010).

Santos et al. (2014) apontam que o cuidado à criança no ambiente hospitalar é especial e não corresponde à uma prática habitual das mães. No estudo, as mães de RNPT hospitalizados compreenderam o cuidado materno como um ato de responsabilidade, indo além da execução de tarefas aprendidas, representando-se dessa forma, um exercício de (re) conhecimento de seu filho, aceita-o e criando com ele ligações afetivas.

3. 2 Maternidade na adolescência

A adolescência é o período de transição entre infância e idade adulta, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o limite cronológico que se estende dos 10 anos de idade aos 19 anos, 11 meses e 29 dias. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) designa adolescente aquele entre 12 e 18 anos incompletos, e as Nações Unidas aquele com idade dos 15 aos 24 anos (EISENSTEIN, 2005). Neste estudo, é considerada a faixa etária da adolescência conforme a OMS.

Como uma fase do ciclo de vida humana, a adolescência apresenta-se com características particulares que se diferenciam das demais faixas etárias. É um período de conflitos, contradições e intensas mudanças, em que ocorrem transformações anatômicas, fisiológicas e psicossociais.

Dentre as profundas modificações presentes nesse período, destaca-se principalmente o crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (HERCOWITZ, 2013).

Guedes et al. (2012) consideram a adolescência um período de instabilidade, imaturidade e inexperiência. O adolescente encontra-se em um momento de desenvolvimento e construção. É um sujeito que, possivelmente, encontra-se desejoso de deixar de ser criança para entrar no mundo adulto.

No âmbito social, rompe a dependência com os pais e os familiares e adquire maior aproximação com os amigos, em necessidade de se firmar na sociedade. Nesse tempo, desejam liberdade e autonomia, e apesar de temerosos com as responsabilidades impostas com a vida adulta, vivenciam esse momento com ansiedade, expectativa e excitação pelo novo e desconhecido (MOREIRA et al., 2008).

Mazzini et al. (2008) afirmam que para os adolescentes, a tarefa principal durante essa fase é estabelecer sua identidade pessoal, a partir do convívio em sociedade e dos desafios de independência emocional. O conjunto de crenças e valores morais, em construção nesse momento, serão importantes para guiarem suas escolhas, sendo a identidade sexual umas das conquistas mais significativas nesta fase da vida.

Considera-se, comumente, como ponto de partida da adolescência a puberdade, que consiste em um processo de transformações biológicas que levam a maturidade sexual. Para as meninas é representada pelo aparecimento de pêlos, desenvolvimento das mamas e a chegada da menarca. Um momento importante de sua sexualidade, em que, normalmente, se estabelece um conflito entre a imagem corporal idealizada e a realidade de sua figura física (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004).

A puberdade, com suas modificações provocadas pela ação intensa dos hormônios sexuais, desperta o sentido e o interesse por outros indivíduos como prazeroso à sexualidade (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004). Nesta perspectiva, Magalhães et al. (2006) citam que muitas adolescentes, pelas características associadas ao momento no qual encontram-se, “não são capazes de avaliar, e principalmente assumir, o ônus da vida sexual ativa”.

Os dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontaram uma redução do número de mulheres de 15 a 19 anos que se tornaram mães, passando de 18,8% a 17,7%. Segundo o Instituto, as jovens engravidam por desconhecimento ou uso incorreto dos métodos contraceptivos, podendo levar a complicações como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto espontâneo. Mas apesar dessa redução do percentual de jovens gestantes, a gravidez na adolescência ainda se apresenta como um problema de saúde pública (IBGE, 2010).

Atualmente, a jovem que engravida transgride uma norma social, e deste modo tem necessidade de provar que é capaz de responder às demandas do exercício da maternidade e conquistar o rótulo de boa mãe (SILVA et al., 2009).

A gravidez na adolescente é considerada a partir do contexto histórico em que está sendo vivenciada. Até algumas décadas atrás, a adolescência era a faixa etária ideal para ter filhos, pois as mulheres eram educadas desde muito cedo para casar jovens e procriar. Contudo, nos últimos anos, com as profundas transformações sociais, políticas e de gênero, a concepção de família tomou novos conceitos em termos de projeção de expectativas quanto à escolarização e profissionalização aos jovens, e a gravidez na adolescência acabou assumindo o caráter de evento gerador de riscos para o desenvolvimento das adolescentes e de seus planos de vida (MAZZINI et al., 2008).

Suzuki et al. (2007) discutem que a gravidez na adolescência, frequentemente não planejada e indesejada, é referida como um impacto negativo nas condições físicas, emocionais e econômicas das adolescentes, afetando completamente seu modo de vida. A maioria das adolescentes abandona os estudos, ocorrendo aumento dos riscos de desemprego, mudança de estrato sócio-econômico e dependência econômica dos familiares, perpetuando-se assim, a pobreza, educação limitada, abuso e violência familiar tanto à mãe quanto à criança.

Em contrapartida, Silva et al. (2009) e Delgado (2002) corroboram em seus estudos sublinhando que nem sempre a gestação na adolescência é vista negativamente pelas adolescentes. Muitas vezes, adquire um caráter de centralidade em sua vida, tornando-se um importante fator para o desenvolvimento pessoal e social das jovens. Silva et al. (2009) ressaltam que, principalmente, aquelas com nível socioeconômico mais baixo, tendem a ver a gravidez como uma forma de status social e de ascensão mais rápida ao nível de adulta.

Ao discutir sobre o novo “status” de ser mãe para as adolescentes, Guedes et al. (2012) retratam que é necessário compreender o simbolismo e a forma de pensar e agir dessas jovens, que muitas vezes veem na gravidez a possibilidade de também preencher lacunas sócio afetivas. Para algumas adolescentes, a maternidade traz um sentimento de realização pessoal, enquanto, para outras, de arrependimento e medo, ou ainda de amadurecimento e senso de responsabilidade.

Nesse sentido, nota-se a ambivalência de sentimentos marcante nesse processo. Conforme Bergamasch e Praça (2008), a maternidade na adolescência

pode ser considerada como uma vivência permeada por ambiguidade de sensações. As jovens ao assumirem os novos papéis, demonstram afeto, alegria e emoção na rotina da maternidade, mas também lamentam a exigência intermitente de atenção ao filho e não se percebem habituadas a nova realidade.

A maternidade na adolescência desencadeia a necessidade de ajustamento em diferentes dimensões do processo de viver da jovem. Mazzini et al. (2008) discutem sobre a rápida transição no ciclo de vida, em que a filha assume o papel de mãe, tornando-se adulta sendo ainda uma adolescente, uma sobreposição de fases. A condição de gerar um filho e assumir a maternidade implica em intensa reestruturação e reajustamento pessoal e social, produzindo mudança de identidade e uma redefinição de papéis, articulada com as modificações orgânicas e psíquicas.

Silva et al., (2009) ressaltam que as mudanças que ocorrem na vida destas adolescentes, em decorrência da maternidade, abrem a possibilidade para o amadurecimento dessas jovens. Vivenciam essa experiência com preocupação e responsabilidade, a partir do momento que tomam consciência da relação de dependência do filho. Nesse âmbito, os autores expressam a importância dessas mães atingirem a maturidade psicológica necessária para enfrentar as dificuldades e lidar com as renúncias que a maternidade provoca em seu ritmo de vida e em suas próprias vontades.

Um fator importante ao tratar-se da maternidade na adolescência, refere-se ao cuidado com o bebê. Essas jovens necessitam, muitas vezes, desenvolverem habilidades para cuidar de seus filhos.

Rocha, Bezerra e Campos (2005) ressaltam que a adolescente possui características, como a inexperiência que a leva a não possuir habilidade de cuidar do seu próprio filho. No entanto, o convívio com irmãos mais novos, o conhecimento adquiridos das mães e o próprio brincar de boneca podem servir de orientações para o cuidado.

Para Matos e Madeira (2000), as puérperas adolescentes entendem que o cuidar materno está relacionado a satisfazer as necessidades biopsicossociais da criança. O cuidado de ordem biológica está relacionado ao oferecimento de alimentos, promoção de higiene e sono, e tratamento das doenças. Já o cuidar psicológico seria o dar carinho ao bebê e o cuidado psicossocial corresponde às atividades diárias de vigília da mãe, demonstrando a responsabilidade pelo filho.

A literatura aponta que para as mães adolescentes, a amamentação, o banho e os cuidados com o umbigo do RN são consideradas as atividades que as deixam mais inseguras no desenvolvimento dos cuidados com o bebê. Também citam o desconhecimento sobre os comportamentos do bebê e sobre as atitudes a serem tomadas como as principais dúvidas durante o processo de cuidado (RESTA et al., 2010; KREUTZ, 2001).

Diante das dificuldades no cuidar do filho e a adaptação da adolescente à condição materna, o apoio social é fundamental. Este tem se construído essencialmente no espaço da família, em que uma rede de relações se estabelece em torno da mãe adolescente e do filho, com o objetivo de oferecerem suporte à díade (VIEIRA et al., 2013).

Autores concordam que o auxílio familiar, representado na maioria das vezes pela avó materna da criança, é premente para o processo de cuidar. O conforto psicológico, orientações e incentivo à encontrar o melhor caminho de cuidado ao filho tornam a maternidade da adolescente mais satisfatória e prazerosa (TOMELERI; MARCON, 2009; PAIXÃO, 2003).

Nessa rede de apoio, a equipe de saúde também tem papel importante no suporte às mães adolescentes. Tomereli e Marcon (2009) falam da importância de acolher essas jovens, desde o pré-natal até os cuidados com o bebê no domicílio, transmitindo conhecimentos, permitindo que a adolescente esclareça suas dúvidas e fale de seus anseios e preocupações. A fim de promover uma assistência holística à esse grupo específico de mães e para promoção da saúde da criança.

3.3 Ser mãe (adolescente) de recém-nascido pré-termo

A OMS define como recém-nascido pré-termo (RNPT) todo recém-nascido vivo de gestação inferior a 37 semanas. A prematuridade é um fator que está associado ao aumento da morbimortalidade neonatal, especialmente em bebês com Baixo Peso ao Nascer (BPN), ou seja, aqueles que nascem com peso igual ou inferior a 2.500g (BRASIL, 2013). Por esse motivo o nascimento pré-termo é considerado um importante problema de saúde pública, tanto nacional quanto internacionalmente. Sua incidência no mundo representa 9,6% (12,9 milhões), sendo que no Brasil, corresponde a 6,7% do total de nascidos (COSTA et al., 2014).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido objeto de estudo em diferentes países. Os resultados destas pesquisas constataam que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer pré-termo, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias, como placenta prévia e descolamento prematuro e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: idade materna, com maior incidência em mães adolescentes e acima de 35 anos, infecções maternas e primiparidade. No entanto, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (RAMOS; CUMAN, 2009).

Nos dias atuais, a gravidez no início da vida reprodutiva tem sido objeto de preocupações, pois a gestação, o parto e a maternidade são situações que podem trazer múltiplas consequências para a saúde da mãe adolescente e do seu filho, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade e BPN (ROCHA *et al.*, 2006; GOLDENBER; FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

As intercorrências relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas desfavoráveis, bem como à fragilidade da estrutura familiar e dificuldade de acesso aos serviços assistenciais (RAMOS; CUMAN, 2009). Nesse sentido, estudos corroboram às análises dos fatores de risco para o nascimento pré-termo em adolescente, revelando que estes estão associados com a baixa escolaridade, baixa condição econômica, pré-natal inadequado ou não realizado e estado nutricional comprometido das jovens (AQUINO-CUNHA *et al.*, 2002; SILVA *et al.*, 2001).

Um parto pré-termo causa, nas mães, reações de choque devido o nascimento de um filho antes do tempo aguardado e, mais frequentemente, por causa do aspecto frágil do bebê. Essa percepção gera insegurança para a família, especialmente para as mães. A construção do papel de mãe e a identidade materna, que vinham se desenvolvendo durante a gestação são, de forma abrupta, interrompidas por causa da prematuridade (MARCHETTI; MOREIRA, 2015). Nesse sentido, o nascimento prematuro pode ser de grande sofrimento tanto para o RN, quanto para a mãe

Como descrito por Marson (2008), o parto prematuro representa uma dupla descontinuidade temporal para o neonato: primeiro, porque o nascimento antes do termo dificulta a realização de cuidados parentais que lhe facilitam a transição e a adaptação à vida extra-uterina; e segundo, porque demanda uma presteza do pré-

termo, ao exigir dele que ultrapasse sua fragilidade e imaturidade e se adapte às novas condições, impostas pelo nascimento antecipado.

O mesmo autor aborda que para as mães, a prematuridade é vivida como uma “falha”, em decorrência de algo que deixaram de fazer ou não fizeram corretamente durante a gestação. O nascer pré-termo pode desencadear sentimentos de frustração, fracasso e incapacidade, além de romper com as possibilidades de exercer a maternidade nos primeiros momentos de nascimento do filho, pois o RN necessitará de outros cuidados para garantir sua sobrevivência. Tal circunstância produz uma dor de difícil e lenta recuperação, comprometendo, em geral, o equilíbrio homeostático familiar (MARSON, 2008).

Durante a gestação os pais sonham com uma criança perfeita, idealizada, e a prematuridade abala seus ideais, já que o filho sonhado não aconteceu. Segundo Mathelin (1999), o RNPT é decepcionante para mãe, uma vez que ela sente-se desapontada por não ter conseguido levar a contento a gravidez e parir um filho saudável.

Para a mãe, a aproximação deste bebê real do bebê imaginário demanda um tempo de elaboração que, muitas vezes, transcende o tempo de hospitalização do filho. É como se as mães esperassem uma garantia ou, pelo menos, sinais consistentes, por parte do bebê, de que podem investir afetivamente na relação, sem ameaças de perda (MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

Visto que a construção do vínculo, fundamental para saúde física e mental do bebê, em casos de prematuridade, é um caminho cheio de dificuldades, Delgado (2002) afirma que mães, principalmente as adolescentes, necessitam de maior apoio para superar as angústias, dúvidas, solidão e falta de confiança nas suas próprias condições de cuidar do filho.

No estudo de Barroso, Pontes e Rolim (2015) as mães adolescentes consideraram a prematuridade um período de estresse do qual emergem inúmeros problemas e preocupações, incluindo o medo frente a fragilidade do filho, dificuldade no estabelecimento do vínculo afetivo mãe/bebê e ansiedade quanto ao enfrentamento da doença, tratamento e recuperação da criança. Os sentimentos das mães adolescentes de RNPT foram ambíguos, pois manifestaram tristeza, medo, ao mesmo tempo em que demonstram confiança, fé e esperança em relação ao bebê.

O estudo também possibilitou apreender fatores atenuantes para as dificuldades de vinculação mãe adolescente-bebê pré-termo, como a confiança no

trabalho da equipe, aliado à esperança e ao otimismo quanto à recuperação dos bebês. Diante do exposto, os autores ressaltam que o profissional de saúde tem papel essencial no estabelecimento do vínculo mãe adolescente/filho, entendendo a importância deste e estimulando estas mães a exercerem participação ativa na recuperação dos filhos (BARROSO; PONTES; ROLIM, 2015).

Alguns estudos realizados com mães adolescentes, nos Estados Unidos e no Brasil (NEU; ROBINSON, 2008; CHAGAS; MONTEIRO, 2007) observaram que as mães adolescentes que têm filhos pré-termos possuem sensibilidade para estar com os filhos e atendê-los em suas necessidades. Estes estudos afirmam que essas mães, ao se defrontarem com o nascimento prematuro, desenvolvem forte dedicação aos filhos, desejando permanecerem ao seu lado durante a hospitalização. Além disso, gradualmente se adaptam às novas responsabilidades, tendo que contar com o auxílio da família, a qual acaba contribuindo para as experiências iniciais que ocorrem entre a díade mãe-filho.

A assistência ao RN, especialmente àqueles nascidos prematuramente, passou por profundas transformações através dos tempos. Inicialmente, o modelo biomédico de atenção, excessivamente centrado na doença, esteve presente na assistência neonatal. As práticas médicas eram centradas no processo diagnóstico e terapêutico, com ênfase na recuperação biológica do RN e o distanciamento da família, em defesa contra as infecções. Esse modelo, no entanto sofreu muitas críticas, surgiram novas ideias e práticas no objetivo de reconstruir o cuidado em uma perspectiva ampliada que considerava o bebê, o foco de atenção desse cuidado. Um dos aspectos centrais dessa reconfiguração foi a tentativa de rompimento com um modelo que se apodera da vida dos neonatos sem compartilhar com os pais decisões vitais inerentes ao tratamento da criança que depende de cuidados especializados (BRAGA; SENA, 2013).

Baseado nesta evidência, o Ministério da Saúde preocupado com a humanização da assistência, lançou por meio da Portaria nº 693 de 05/07/2000, a norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, caracterizada pela mudança na forma do cuidado neonatal, com quatro fundamentos básicos: o acolhimento ao bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele (posição canguru) e o envolvimento da mãe nos cuidados com o filho (BRASIL, 2013).

Inicialmente, o MC foi desenvolvido em 1979 pelos neonatologistas Hector Martinez e Edgar Rey Sanabria do Instituto Materno Infantil de Bogotá, na Colômbia. A ideia surgiu em decorrência da falta de infraestrutura para o atendimento dos neonatos pré-termo, pois estes eram acondicionados em pares nas incubadoras, situação que aumentavam os índices de mortalidade e morbidade, cuja principal causa era a infecção hospitalar. Os autores observaram o manejo dos marsupiais que após o nascimento prematuros de seus filhotes mantinham estes em sua bolsa até atingir a maturidade fisiológica, compatível com a vida. Assim, visando à redução de gastos hospitalares e do índice de mortalidade neonatal, esses médicos utilizaram a mãe como substituta da incubadora, em que, os recém-nascidos permaneciam em contato pele a pele com suas mães a fim de não perderem calor e se desenvolverem (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

O Método Canguru, modelo brasileiro, é um modelo assistencial perinatal voltado para melhoria da qualidade do cuidado obstétrico e neonatal, reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial a fim de promover uma terapêutica holística à criança, valorizando o envolvimento da família no processo de recuperação dos filhos. Dentre seus princípios estão a redução do tempo de separação entre mãe e filho e favorecimento do vínculo, controle térmico adequado, redução do risco de infecção hospitalar, redução do estresse e da dor do RN, melhoria das taxas de aleitamento materno e melhoraria da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN. Além de propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, possibilitar maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar, reduzir o número de reinternações e contribuir para a otimização dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatais (BRASIL, 2013).

O MC é desenvolvido em três etapas. A primeira etapa inicia-se no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do neonato na UTIN ou UCINCo. Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe na UCINCa, com a realização da posição canguru o maior tempo possível, esse período é entendido como “estágio” pré-alta hospitalar. Na terceira etapa o recém-nascido está de alta hospitalar e será acompanhado no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500g (BRASIL, 2013).

A UTIN ou UCINCo, primeira etapa do método, são as unidades onde o RNPT ou de BPN recebe os primeiros cuidados médicos apropriados à sua recuperação e

ao seu desenvolvimento. O objetivo desses espaços é tratar o RN com baixo peso, diminuindo as sequelas durante seu desenvolvimento. Quanto ao nível de tecnologia existente, essas unidades concentram os principais recursos materiais, necessários para dar suporte ininterrupto às funções vitais dos recém-nascidos internados. Nesse espaço há equipes multiprofissionais, equipamentos modernos como incubadoras, respiradores, monitores cardíacos e de oxigenação, entre outros (LAMY et al., 2005).

Por ser esse grande centro tecnológico, o espaço da UTIN costuma provocar medo, pelo ambiente físico desconhecido e gravidade dos casos, mas também porque a família perde o contato com o filho, que passa a pertencer a um corpo de médicos e profissionais desconhecidos (BALDINI; KREBS, 2000). Por esse motivo, pode ocorrer uma descontinuidade do processo de vinculação mãe-bebê, porque os pais participam pouco dos cuidados prestados ao filho, porque além de sentirem que o filho não os pertence, muitas vezes sentem-se receosos em tocar ou conversar com o bebê, o que pode gerar estresse psicológico para ambos (SCHUMACHER, 2002).

À medida que o RN se estabiliza clinicamente, o mesmo é transferido para a UCINCa, segunda etapa do MC, cuja proposta de cuidado contempla o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, a integralidade do cuidado e o incentivo ao aleitamento materno. Neste momento, o contato dos pais com seu bebê pré-termo é mais intenso e os profissionais tem a grande responsabilidade de incentivarem os pais a cuidarem dos filhos, preparando-os para a futura alta (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Para Toma (2003), o processo de decisão para a prática do MC é complexo, e depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva e atuante. Embora as mães, na maioria dos casos, percebam a importância do método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem dificultar sua participação efetiva.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tentando dar sentido e interpretar os significados que as mães adolescentes trazem para o cuidado materno a um recém-nascido pré-termo internado em unidade neonatal, optou-se pela pesquisa qualitativa.

Este tipo de estudo busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que naturalmente ocorre. A pesquisa de abordagem qualitativa não se restringe ao estudo do fenômeno em si, visa entender o sentido individual ou coletivo que tal fenômeno representa para aqueles que o vivenciam (MINAYO, 2010).

Quanto aos objetivos, trata-se de um estudo descritivo analítico. A pesquisa, quanto aos fins, visa descrever as características de uma determinada população e interpretar os sentidos expressos, analisando a realidade desvelada pelas participantes do estudo.

Nessa pesquisa optou-se por trabalhar com os “significados” como construto habitual da metodologia qualitativa. Turato (2005, p.512) define a pesquisa com os “significados” como o “estudo dos fenômenos habituais quanto ao que querem dizer, representam ou simbolizam, psicológica ou sociologicamente, para certos indivíduos ou para determinado grupo sociocultural”. Desse modo, o termo “significados” ganha presença no contexto desse estudo como interesse pelas estruturas sociais, procurando conhecer o querer-dizer das estruturas para as participantes do estudo.

4.2 Período e local de estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2014 a julho de 2015, em todos os setores da Unidade Neonatal da Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER): Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, considerando as diferentes experiências possibilitadas em cada um desses ambientes.

A MDER é uma instituição pública de referência da Rede Estadual de Saúde do Piauí, especializada na assistência materno-infantil, localizada na região sul da cidade de Teresina. Seu público alvo são mulheres em período de fertilidade, em suas intercorrências gravídicas, parto e pós-parto, oferecendo atendimento de emergência 24 horas por dia. Na instituição, em média são realizados 30 partos por dia.

A maternidade adota o Método Canguru e admite bebês de risco de demanda interna ou externa. É composta por 20 leitos na UTIN, 20 na UCINCo e 17 na UCINCa, além do banco de leite, alojamento conjunto, centro de parto normal, centro obstétrico, ambulatório de pré-natal de alto risco, ambulatório de *follow up* e sala de vacinas.

Na UTIN e UCINCo a visita dos pais é permitida em horário ampliado, das 8 as 21h, sendo que as mães internadas podem visitar seus filhos a qualquer momento. A rotina desse setor permite a visita de avós e irmãos e, em situações especiais, de tios ou outros, em dias úteis de 16 as 18 horas.

Uma maneira de incentivar a participação das mães no processo de recuperação dos bebês internados na UTIN e UCINCo é a disponibilidade de dois locais para permanência das mesmas após sua alta, o Espaço Acolher e Espaço Mãe Doadora. Esses dois ambientes dispõem de camas para acomodação das puérperas e tem como objetivo fazer com que as mesmas permaneçam nestes espaços durante o tempo em que não estiverem com os filhos.

Na UCINCa, a instituição dispõe de duas unidades. Sendo uma delas destinada às mães com possibilidade de ter acompanhante, nos casos de gemelaridade, mães adolescentes ou com distúrbios psiquiátricos. Nas unidades existem espaços de convivência, onde são realizadas rodas de conversas com discussão de temas referentes ao MC, orientações e atividades lúdicas. A visita dos familiares nessa unidade é permitida de 14 as 18h.

4.3 Participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo mães adolescentes com filhos pré-termo internados em Unidade Neonatal. Foi adotado como critério de inclusão tempo de internação maior que cinco dias, respeitando-se os primeiros dias de internação,

momento de maior fragilidade e, também, considerando-se a necessidade de um tempo de adaptação. Os critérios de não inclusão adotados foram mães com deficiência auditiva ou grave déficit cognitivo que levassem a dificuldades de comunicação.

4.4 Amostra do estudo

A amostra desta pesquisa, constituída por 20 mães adolescentes, atendeu aos critérios da pesquisa qualitativa. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica. O fechamento amostral por saturação teórica é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, com ausência de informações novas e quando os objetivos da pesquisa são satisfatoriamente contemplados, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.5 Técnicas e Instrumentos de obtenção de dados

Os dados foram obtidos a partir da triangulação de fontes, de técnicas e de instrumentos. Foram utilizadas fontes secundárias (livro de admissão e prontuários) e primárias (entrevistas).

A entrevista é uma técnica de coleta de dados em que o entrevistador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa, a fim de obter informações sobre um determinado assunto, através de uma conversação profissional efetuada face a face (LAKATOS, 2010). Esse método de coleta é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo para obtenção de informações sobre determinado tema científico. As entrevistas podem ser classificadas em sondagem de opinião, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada e entrevista semiestruturada (MINAYO, 2010).

No presente estudo foi utilizado a entrevista semiestruturada que, por sua vez, combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010).

Para esta pesquisa foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi um questionário estruturado (APÊNDICE I) preenchido para coletar dados relativos ao perfil sociodemográfico e obstétrico das entrevistadas e às características perinatais dos recém-nascidos. Esses dados foram também consultados nos prontuários.

O segundo instrumento utilizado foi um roteiro semiestruturado (APÊNDICE II), contendo questões abertas. A partir de sua aplicação, as entrevistas foram gravadas em MP3 Player a fim de garantir maior fluência, fidelidade do processo.

Os horários para realização das entrevistas foram determinados segundo a disponibilidade das mães. As entrevistas foram realizadas no repouso dos profissionais de saúde por ser um ambiente reservado que assegurava a privacidade e confidencialidade das declarações.

4.6 Coleta de dados

Inicialmente foram identificados os recém-nascidos pré-termo internados, a partir dos livros de admissão das unidades, pela idade gestacional. Em seguida era consultada a idade materna nos prontuários dos recém-nascidos e esses dados registrados em uma planilha para posterior seleção das participantes da pesquisa.

Em um segundo momento, as mães dos recém-nascidos identificados foram contatadas no local da internação do filho (UTIN, UCINCo ou UCINCa) e, junto com o responsável, eram convidadas a participar do estudo. Com o aceite, o responsável pela adolescente assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III) e a adolescente assinava o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE IV), em que uma cópia de cada termo ficava com a pesquisadora e outra ficava com o responsável e a adolescente. Em seguida eram agendadas as entrevistas.

As primeiras entrevistas realizadas foram com mães de recém-nascidos internados na UTIN. A ideia inicial era acompanhar estas mães até a alta de seus filhos, realizando entrevistas nos diferentes setores de internação, no entanto o alto índice de mortalidade dos RNPT internados na UTIN impossibilitou tal prática.

Deste modo, optou-se por realizar entrevistas separadamente em cada setor da unidade neonatal. As entrevistas eram realizadas durante a internação dos recém-nascidos e o desfecho acompanhado posteriormente.

No horário e dia confirmado, a pesquisadora dirigia-se ao local onde a mãe encontrava-se no hospital. Aquelas com filhos internados na UTIN ou UCINCo encontravam-se, em sua maioria, no Espaço Mãe Doadora ou Espaço Acolher. Somente uma mãe estava em seu domicílio, retornando a maternidade todos os dias, essa mãe era contatada na antessala da UTIN. As mães que acompanhavam seus filhos na UCINCa eram contatadas no leito dos filhos.

A maioria das adolescentes encontrava-se acompanhada por familiares, mãe, sogra, tia, irmã ou companheiro. Deste modo, quando foram convidadas para direcionar-se para a sala de entrevista, algumas solicitaram a presença dos acompanhantes, sendo atendido tal pedido.

As entrevistas foram iniciadas com a aplicação do questionário estruturado. Algumas mães adolescentes não sabiam responder questões como o peso ao nascer do RN, diagnóstico médico, por isso, após o fim de toda entrevista com a mãe, a pesquisadora concluía o preenchimento do questionário com os dados presentes no prontuário do RNPT.

Em seguida, as mães adolescentes foram esclarecidas sobre o início do uso do gravador para registrar o diálogo da pesquisadora com a mãe, a fim de melhor agilidade nas entrevistas. Utilizou-se nesse momento o roteiro de entrevista com questões abertas. Algumas adolescentes encontravam-se inibidas por conta da gravação, mas, ao longo da conversa, a timidez diminuía. Ao final das entrevistas a pesquisadora agradecia a participação da mãe adolescente e acompanhava-a até o local onde estava instalada.

Durante o período de coleta de dados, caso a mãe adolescente anteriormente entrevistada na UTIN ou UCINCo, estivesse acompanhando seu filho na UCINCa, ela era convidada para uma nova entrevista, a fim de compreender as diferentes experiências vivenciadas em casa setor da unidade neonatal.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentada na técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011). Essa forma de análise busca os significados manifestos e latentes no material empírico (MINAYO, 2010), sendo composta por

três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados.

Assim, após a transcrição na íntegra, as entrevistas foram agrupadas de acordo com o local em que o recém-nascido encontrava-se internado no momento em que sua mãe foi entrevistada: UTIN, UCINCo e UCINCa. As entrevistas da UTIN e da UCINCo, após a pré-análise, passaram a constituir o mesmo corpus considerando que nestas unidades a mãe não permanece ao lado do filho continuamente e isso aproxima suas vivências, diferente da UCINCa, onde mãe e filho permanecem juntos 24 horas por dia. Uma outra questão que contribuiu para esta tomada de decisão é uma particularidade do local do estudo, no qual muitos dos RN internados na UCINCo, tinham indicação de internação na UTIN e estavam lá por falta de leito.

Depois de organizadas em grupos procedeu-se à leitura flutuante dos dados coletados, seguida de uma leitura aprofundada, retomando os objetivos do estudo. Realizaram-se a identificação dos temas mais recorrentes e relevantes agrupados em categorias que, para Minayo (2010), são elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

Essa categorização permitiu a identificação de elementos comuns nos depoimentos, assim como aqueles aspectos considerados ímpares, que se mostraram úteis e significativos para a compreensão esperada pelo estudo.

A fim de garantir a privacidade e o sigilo das informações adquiridas durante as entrevistas, os nomes das adolescentes foram substituídos por nomes de flores. Na apresentação dos resultados, as falas das participantes são seguidas por sua identificação (nome fictício de flores), idade, unidade em que foi realizada a entrevista e o peso ao nascer do filho.

4.8 Aspectos éticos

As fases deste estudo foram desenvolvidas respeitando-se as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o protocolo número: 742.161/2014.

As adolescentes e seus responsáveis receberam uma explicação sobre a natureza e os objetivos do estudo, enfatizando a finalidade da pesquisa. Ressalta-se que a jovem teve o direito de recusar a contribuir com as informações e fora informada que isso não lhe traria nenhum prejuízo. Uma vez aprovada a participação da adolescente no estudo, ocorria a assinatura do TCLE e do TALE. No caso da adolescente desacompanhada do responsável e responder por si, ou ter 18 anos ou mais (maioridade), ela mesma assinava o TCLE.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 24 entrevistas, porque quatro das 20 mães adolescentes que participaram do estudo foram entrevistadas em dois diferentes momentos da internação do filho: UTIN ou UCINCo e UCINCa. Constituindo, por fim, 13 entrevistas realizadas na UTIN ou UCINCo e 11 na UCINCa.

5.1 Caracterização das adolescentes e de seus filhos

As vinte mães adolescentes que participaram do estudo possuíam entre 13 e 19 anos. A maioria relatou viver em união estável, na casa dos pais, no meio urbano, com renda familiar mensal de até dois salários mínimos. Em relação à escolaridade, a maioria possuía menos de sete anos de estudo, sendo que seis adolescentes haviam cursado somente a alfabetização (APÊNDICE V).

No que se refere os antecedentes obstétricos, grande parte das entrevistadas referiu que a gestação não havia sido planejada, apesar de aceita. Duas adolescentes relataram tentativa de abortamento. Dezesseis eram primíparas, mas três já estavam na segunda gestação e uma na terceira, todas vivenciando a primeira experiência do nascimento pré-termo. Destaca-se que apenas cinco realizaram pré-natal, com seis consultas ou mais, como preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), sendo que 13 referiram de duas a cinco consultas e duas adolescentes não foram a nenhuma consulta. O parto normal prevaleceu entre as entrevistadas (APÊNDICE VI).

Os recém-nascidos eram, em sua maioria, do sexo masculino, a idade gestacional variou entre 27 e 35 semanas, prevalecendo de 30 a 34 semanas. Quanto ao peso ao nascer, houve variação entre 850 e 2.345 gramas, prevalecendo aqueles com muito baixo peso ao nascer (menores que 1.500 gramas). Os principais diagnósticos encontrados foram prematuridade, síndrome de distúrbio respiratório e infecção. Quanto ao desfecho, quatorze recém-nascidos tiveram alta hospitalar e seis foram a óbito (APÊNDICE VII).

Neste estudo, a gestação foi planejada por oito adolescentes e declararam que isso ocorreu principalmente pela vontade do companheiro. Para 12, a gravidez

foi não planejada e aconteceu por uso inadequado de métodos contraceptivos e duas referiram tentativas de abortamento antes de darem a notícia para os pais. Todas relataram aceitação da gravidez depois do apoio do companheiro ou dos pais.

5.2. Apresentando as categorias do estudo

Essas mulheres encontravam-se em meio a dois processos de mudanças que exigiam novos movimentos em suas vidas, a adolescência e a maternidade. Além disso, estavam sobrecarregadas por duas dificuldades: o nascimento de um bebê pré-termo e sua internação em unidade neonatal.

As mães adolescentes, pelas próprias características associadas à faixa etária, passam por uma fase de transição, caracterizada por reestruturação da imagem corporal e instabilidade dos sentimentos e das emoções. Nas entrevistas, observou-se um aspecto comum a todas as mães adolescentes do estudo, a ambivalência de sentimentos. Constantemente permutavam entre a alegria e a tristeza, por vezes muito seguras de si e de suas escolhas e em outras muito meninas, precisando de colo e de uma palavra de conforto.

Algumas entrevistadas declararam a vontade de continuar agindo como adolescentes, saindo e brincando com os amigos, entretanto, naquele momento o que importava era o filho, priorizar seu cuidado e sua sobrevivência.

Dessa forma, as mães adolescentes, com suas contradições e ambivalências, buscaram cada uma, a partir de suas possibilidades, a construção do cuidado materno frente à diferentes vivências de internação do filho pré-termo em cada setor da unidade neonatal. Foram identificadas três categorias centrais para a compreensão dessa construção: “A não possibilidade do cuidado materno”, “Aprendendo a cuidar” e “Diferentes vivências de cuidado de mães adolescentes ao recém-nascido pré-termo”.

5.2.1 “A não possibilidade do cuidado materno”

Ao referirem-se à primeira fase de internação dos filhos na UTIN ou UCINCo, as mães adolescentes falaram da impossibilidade de cuidar descrevendo as principais dificuldades encontradas. Representadas pelos núcleos de sentido:

vivência em um ambiente estranho, impotência diante da gravidade do bebê e medo na experiência de hospitalização do filho pré-termo.

Para as adolescentes entrevistadas era difícil ser mãe em um ambiente de UTIN. Muitas compreendiam este espaço de internação como estranho e pouco acolhedor, impondo o afastamento do filho. A gravidade dos recém-nascidos atendidos, a consequente densidade do uso de tecnologias e os procedimentos terapêuticos realizados no bebê assustaram as mães adolescentes, que desconheciam a dinâmica da unidade. Tais impressões foram igualmente identificadas em pesquisa sobre representações de mães sobre a hospitalização do filho pré-termo na unidade de alto risco (CARTAXO et al., 2014).

Nesse ambiente, algumas adolescentes apresentaram dificuldades em responder questões sobre o cuidado materno demonstrando dúvidas e fazendo silêncios significativos.

Cuidados? Até agora não tive oportunidade, porque ela tá lá na UTI. (Cravo, 16 anos, UTIN, PN 2.345 g)

Cuidado? [silêncio] Não posso fazer muita coisa. (Rosa, 17 anos, UTIN, PN 1.710 g)

Para Anjos et al. (2012), o espaço da UTIN causa insegurança nas mães, que não sabem, muitas vezes, como se comportar e o que podem ou não fazer no local. Nessa perspectiva, tendo em vista a situação crítica do filho, algumas mães adolescentes entenderam que seu filho pré-termo era melhor cuidado pelos profissionais de saúde, que detinham conhecimentos específicos para tal prática. Chagas e Monteiro (2007) concordam com Gaíva e Scochi (2005) ao discutirem sobre o sentimento de exclusão do processo de cuidado no ambiente hospitalar. Quando as mães veem o cuidado do filho realizado somente pela equipe neonatal, percebem-se mais expectadoras do que participantes na ação do cuidado.

Assim, são muitos os fatores que levam as dificuldades de reconhecimento do papel materno das adolescentes durante a internação do filho na UTIN, mesmo para aquelas que já estavam no seu segundo filho, como no caso de Rosa.

Em um estudo qualitativo com o objetivo de descrever a percepção de pais sobre a internação de seus filhos em UTIN, os autores apontaram que ao ver o filho cercado por aparelhos, a mãe sente dificuldades para reconhecê-lo como seu

(LAMY; GOMES; CARVALHO,1997). No entanto, neste estudo, as adolescentes expressaram sua insatisfação em não poder tocar o filho internado:

[...] porque eu não posso pegar ele, não posso amamentar, não posso [pausa]. Não pode nada né? Só pelo vidro mesmo, não posso nem pegar na mãozinha dele! (Bromélia, 17 anos, UTIN, PN 970 g)

Ruim é que não posso pegar nela ainda, não consigo ver ela. Eu tô com o coração partido porque eu não posso nem pegar nela, mas é assim mesmo. (Cravo, 16 anos, UTIN, PN 2.345 g)

Segundo Marson (2008), a prematuridade e o ambiente da UTIN rompem com os sonhos maternos do abraço, beijo e carícias ao filho no colo, e impõem às mães limitações ao exercício de sua maternidade. Nesta situação, a experiência das mães adolescentes, ao verem-se impedidas de interagir continuamente com os filhos pré-termo, pode desencadear sensações de frustração e desalento, além de prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos.

Na UTIN, as falas das entrevistadas demonstraram uma dura realidade, que à luz dos conhecimentos atuais já deveria ter sido mudada. A fala de Cravo é ainda mais preocupante quando demonstra a falta de conhecimento sobre a possibilidade de tocar o filho, revelando submissão às ordens impostas pela instituição. Esse fato pode estar relacionado com a baixa escolaridade e a não realização de pré-natal da jovem mãe.

Experiência semelhante também foi abordada em uma pesquisa realizada no México, na qual os autores descrevem que os próprios pais constatam a limitação de sua participação no cuidado com o bebê na UTIN como normal, ou seja, como parte da rotina da unidade. Ao mesmo tempo que consideram estar abaixo da hierarquia hospitalar, de modo que devem adaptar-se às regras sem discutir sobre seus direitos e possibilidades (GALLEGOS-MARTÍNEZ; REYES-HERNÁNDEZ; SCOCHI, 2013).

Muitas práticas hospitalares ainda mantêm rotinas rígidas de separação das mães e bebês, rompendo com os atuais modelos de assistência neonatal. Barroso, Pontes e Rolim (2015) em seu estudo sobre as consequências da prematuridade no estabelecimento de vínculo entre mãe adolescente e RNPT, discutem sobre a importância da interação precoce e prolongada com o bebê pré-termo como fator de

proteção contra maus-tratos familiares, abandono e abuso. As dificuldades de vinculação podem ocorrer pelo longo período em que o RNPT permanece em uma incubadora, longe, muitas vezes, do carinho e aconchego da mãe.

Portanto as mães adolescentes devem ser estimuladas a tocarem seus filhos, conversarem, a fim de retomarem o vínculo abruptamente interrompido com o nascimento pré-termo, pois como afirmam Ortiz et al. (2006), mães que possuem maior interação com seus filhos, dispensam a eles maior cuidado.

Outro fator evidenciado nas entrevistas foi a sensação de impotência descrita por algumas mães adolescentes diante da gravidade do quadro clínico do filho:

O mais difícil é ver ela ali [UTI], sem poder fazer nada. Ficar de braços cruzados, sem poder ajudar, sem poder fazer alguma coisa pra ver ela boa logo, tirar ela logo dali. Eu fico angustiada. (Jasmim, 16 anos, UTIN, PN 1.715 g)

Quando Jasmim refere ficar de “braços cruzados” significa que não reconhece possibilidades de atuação junto ao filho. Esse fato é discutido em estudos que também descrevem o sentimento de impotência de mães adolescentes e adultas que vivenciaram a hospitalização do filho na UTIN (SCHMIDT et al., 2012; CHAGAS; MONTEIRO, 2007).

Conforme Arruda e Marcon (2007), a maternidade é prejudicada com o nascimento de um filho pré-termo, interferindo de forma negativa na autoestima da mulher, tanto em relação à sua capacidade maternal como em relação à sua feminilidade.

Diante da impotência nessas situações, é importante o envolvimento planejado das mães no processo de cuidado, representando uma etapa fundamental para a conquista de sua autonomia. Schmidt et al. (2012) ressaltam que esse processo proporciona a criação de um sentimento crescente de competência para a reconquista da maternidade e para a apropriação do filho.

Uma importante questão que esta pesquisa apresenta é o medo da fragilidade, e, por conseguinte, o medo da morte do bebê, que perpassou todos os ambientes de internação:

Eu fiquei com medo de triscar, porque era de vinte e sete semanas [...] o osso dela é frágil [pausa]. Ela não tá mal, mas ela também não tá bem, porque qualquer coisa já era! (Girassol, 15 anos, UTIN, PN 1.050 g)

Ah, eu sinto, sinto muito medo sim. Porque ele é tão pequenininho[...] Eu penso assim qualquer hora ele, tipo, falecer, sei lá como. (Beladona, 19 anos, UCINCa, PN 1.475 g)

O RNPT foi descrito como pequeno, frágil e desprotegido, e por ser de risco, com muitas necessidades de cuidados e com permanente ameaça de morte. Essa percepção provoca e perpetua o medo de proverem aos filhos o cuidado materno.

Chagas e Monteiro (2007) corroboram com esse resultado ao descrevem a compreensão das mães adolescentes de que o bebê pré-termo traz em seu corpo a representação de sua fragilidade e imprime a sensação de vulnerabilidade biológica. Conforme Marchetti e Moreira (2015), a pequena criança, aumenta na mãe seu sentimento de tristeza por ter gerado um ser diferente do que ela esperava, pois em nada o franzino bebê da incubadora representa o filho bonito e saudável idealizado.

A literatura registra, ainda, que mães relacionam o peso do recém-nascido com saúde. Para as mães, os bebês com maior peso são aqueles que possuem maior sobrevida, porque são mais fortes e saudáveis. Enquanto os recém-nascidos pré-termo são pequenos e, portanto, mais frágeis (FRAGA; PEDRO, 2004; MONTEIRO; SILVA; SILVA, 2002).

Dessa forma, diante da fragilidade do filho, as mães adolescentes entrevistadas vivenciaram o luto antecipado dos filhos. Experiência descrita também por vários autores ao retratarem a representação do nascimento pré-termo e a necessidade de internação do RNPT (RODRÍGUES; TORRES, 2015; CARTAXO et al., 2014).

Nas entrevistas realizadas na unidade de alto risco, parece que a gravidade do bebê e a conseqüente possibilidade de morte, provocam silêncio diante de um medo enorme e real. Na UTIN, o medo da morte permaneceu subentendido em muitas entrevistas, Girassol expressa esse sentimento quando diz “qualquer coisa já era”.

Nessa perspectiva, Lamy, Gomes e Carvalho (1997) versam sobre o medo de muitos pais de RN hospitalizados em UTIN expressarem até mesmo o próprio medo da morte, como se ao falarem sobre seus temores pudessem concretizar a sua existência, preferindo dessa forma negar ou mesmo omitir esse sentimento. Por outro lado, algumas mães adolescentes temiam apegar-se ao bebê e este não resistir ou sobreviver, causando-lhe sofrimento, vivenciando desta forma um conflito de aproximação versus afastamento do bebê, como também descrito no estudo de Barroso, Pontes e Rolim (2015).

Na UCINCA, quando a sobrevivência do bebê estava mais garantida, as mães adolescentes puderam expressar mais abertamente seus temores. Além do medo da morte, apreendeu-se que algumas adolescentes encaram a internação dos filhos com sentimentos de preocupação com intercorrências clínicas, como exposto:

Ele é um bebê que ficou muito tempo dependente de oxigênio. Ele saiu da UTI agora. A gente fica com esse medo. Se ele faltar o ar? Se acontecer uma intercorrência, o que vou fazer? O medo dele dar uma apneia, ficar roxo ou vomitar e aspirar o leite. O que é que eu vou fazer? (Rosa, 17 anos, UCINCa, PN 1.710 g)

O medo que eu tenho é por ele ser prematuro, pode dá alguma coisa, apneia, alguma coisa assim. [pausa] Meu único medo só é esse, a apneia. (Lírio, 17 anos, UCINCa, PN 1.275 g)

Quando questionadas sobre o cuidado materno, algumas mães adolescentes trouxeram em suas falas o medo de intercorrências clínicas, como a apneia, em referência às dificuldades para cuidar do RNPT. Essa sensação é característica de mãe que passou pela internação do filho na UTIN. Agman et al. (1999, p. 27) traçam uma correlação com a “preocupação materno primária” evidenciada por Winnicott (1994, p. 83) como um estado de identificação com o bebê que permitem as mães perceberem e mesmo se antecipar a qualquer necessidade do filho, e conceitua a “preocupação médico primária” como um estado em que as mães se identificam mais com as necessidades de cunho médico do bebê, do que aquelas maternas.

Morsch e Braga (2007) ampliam a definição de Agman et al. (1999) e expressam que ao se preocupar com cuidados clínicos, que são considerados mais importantes durante o momento de hospitalização do filho, a mãe não deixa de exercer sua maternagem para adquirir mais cuidados de natureza médica. As autoras apontam que quando a mãe incorpora o vocabulário técnico para poder conversar com os médicos, demonstra sua disponibilidade de envolver-se com o filho, buscando compreender o que se passa com ele, para que assim possa melhor atender às necessidades que ele demanda durante a internação.

Embora essas autoras não estejam se reportando especificamente a mães adolescentes, nesta pesquisa a “preocupação médico primária”, também pode ser evidenciada. As adolescentes demonstraram capacidade de comprometer-se com o filho e redefinir suas concepções sobre o cuidado, assim como uma mãe adulta.

5.2.2 “Aprendendo a cuidar”

Apesar das dificuldades apresentadas pelas adolescentes, o apoio e suporte contribuem para a construção do cuidado com o filho internado em unidade neonatal. Foram elencados núcleos de sentido que possibilitam a compreensão desta construção: necessidade de permissão para cuidar, medo da possibilidade de contaminação, suporte profissional e familiar, solidão e saudade de casa.

Algumas adolescentes referiram que, na fase inicial da internação, não se sentiam autorizadas a cuidar do recém-nascido, tanto pelas dificuldades já apresentadas, como, também, porque a equipe de saúde não as estimulava e orientava:

Não deixam não, porque é muito sensível, não pode fazer nada... (Copo de Leite, 18 anos, UTIN, PN 700 g)

Nunca me disseram se eu poderia tirar [da incubadora], se eu poderia trocar. Os cuidados eles nunca me disseram não. (Dália, 16 anos, UCINCo, PN 1.490 g)

As práticas hospitalares em UN vêm sofrendo muitas modificações nos últimos anos, em direção à qualificação do cuidado neonatal, principalmente com a garantia de direitos dos pais e dos bebês, voltados para o incentivo da vinculação mãe-bebê (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Contudo, como evidenciado nas falas acima, as mães adolescentes revelaram a não participação no cuidado do filho hospitalizado na UTIN e UCINCo retratando uma realidade ainda presente em muitos hospitais.

Quando se referiam as orientações que recebiam dos profissionais de saúde da UTIN e UCINCo, quanto aos cuidados com o bebê, as mães adolescentes verbalizaram que estes estavam relacionados a higienização das mãos:

Disseram que tem que ter delicadeza, tem que lavar as mãos antes de triscar nela e passar o álcool gel, porque a gente tem bactérias e triscando nela vai passar para ela e ela não pode ter a bactéria que a gente tem, porque ela é muito sensível. (Girassol, 15 anos, UTIN, PN 1.050 g)

Eles só diziam que tinha que lavar as mãos [...] (Dália, 16 anos, UCINCo, PN 1.490 g)

Antes de entrar na unidade, era solicitado às mães seguirem procedimentos, guardar pertences, lavar as mãos, colocar touca, dentre outras. Práticas, essas, fundamentais para evitar contaminação. No entanto, foi possível apreender a

insegurança de algumas adolescentes frente à constante e necessária exigência da lavagem das mãos pelos profissionais. Não é possível questionar essa tão importante informação, mas sim a forma como ela pode estar sendo dada, que parece reforçar não o cuidado e sim a fragilidade do filho, provocando nas mães adolescentes receio de tocar no filho pré-termo hospitalizado.

As orientações devem garantir que ela, com as mãos devidamente higienizadas, sintam-se seguras para tocar e cuidar do filho. Segundo Melo, Sousa e Paula (2012) o toque cuidadosamente instruído, de maneira cautelosa e delicada incorpora o risco do recém-nascido e os cuidados especiais que ele demanda.

Um ensaio clínico randomizado realizado em três UTIN na cidade de São Luís, Maranhão, demonstrou que o contato pele a pele entre mães e seus bebês pré-termo promoveu a descolonização de bactérias multirresistentes, evidenciando que esse contato possibilita a redução de infecções nosocomiais no ambiente de internação de alto risco (LAMY FILHO et al., 2015). Tal achado, reforça a importância do contato físico mãe-bebê desde a internação na UTIN a fim de favorecer o sistema imunológico do neonato, além de promover maior vínculo afetivo entre mãe e bebê.

Martínez, Fonseca e Scochi (2007) afirmam que para se resgatar um cuidado humanizado no ambiente hospitalar faz-se necessário que os profissionais da equipe neonatal insiram a mãe no cuidado de forma gradual, reconhecendo as necessidades do filho, para que ela participe da tomada de decisões no seu tratamento.

O processo de inserção da mãe no cuidado do filho na UN depende do apoio que ela recebe dos profissionais. Além disso, Santos et al. (2014) ressaltam a importância de o profissional de saúde estabelecer diálogo satisfatório com as mães adolescentes, primando por uma linguagem adequada e de fácil compreensão.

Inicialmente as mães devem conhecer e interagir com o filho, para que, aos poucos, possam executar alguns cuidados sob a supervisão e orientação dos profissionais. Isso deve ocorrer de forma individualizada e respeitando o seu desejo de aprender a cuidar do filho (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006). Assim, com essa prática, a mãe tem subsídios para reconhecer seu fundamental e insubstituível papel dentro da unidade, além de aumentar sua autoconfiança no cuidado.

Por esse motivo, a equipe de saúde deve apoiar, desde a UTIN, essas adolescentes a assumirem, gradualmente, pequenas tarefas ligadas aos cuidados

maternos, permitindo tempo suficiente para que superem seus medos e insegurança, e assimilem as informações (VIEIRA et al., 2013).

As adolescentes entrevistadas evidenciaram interesse em compreender a situação dos filhos, no entanto, seus relatos denotam que nem sempre recebiam as informações de forma clara. No estudo de Duarte et al. (2012), os autores descrevem a necessidade de distinção entre comunicação e informação, na qual os pais revelam o interesse não apenas de obter informações acerca da condição clínica do filho, mas sim de manter uma relação dialógica produtora de acolhimento, confiança e vínculo, estabelecendo uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde.

Estudo realizado em Bogotá, Colômbia, que analisou os sentimentos de mães adolescentes com a internação de seus filhos, demonstrou que as mesmas se preocupavam com o acesso à informação na unidade neonatal e que ao receberem informações mostravam-se confiantes e otimistas quanto à recuperação do bebê. No entanto, a ausência das mesmas, tornava a experiência de hospitalização ainda mais difícil (RODRÍGUEZ; TORRES, 2015).

Algumas adolescentes relevaram uma visão positiva sobre a equipe da UTIN e da UCINCa, demonstrando sentirem-se amparadas por alguns profissionais que as acolhiam e orientavam:

É uma médica [...] ela acompanha sempre, eu gosto dela demais! Ela sabe explicar as coisas. Ela chega, fala pra mim como ela tá. Me pede pra perguntar as coisas pra ela. Eu pergunto. Ela me responde tudo. (Girassol, 15 anos, UTIN, PN 1.050 g)

Qualquer coisinha, na hora que a gente chama eles estão perto, estão explicando, estão fazendo de tudo. Se é uma coisa difícil para se entender, eles explicam de algum jeito que a gente possa entender. São muito cuidadosos, demais. (Lírio, 17 anos, UCINCa, PN 1.275 g)

Em contrapartida, outras adolescentes expressaram descontentamento quanto a ausência de informações referentes ao bebê. Informaram que não eram acompanhadas por profissionais durante suas idas à UTIN e que não sabiam como estava o estado de saúde do filho, precisando ir em busca da equipe para receber informações sobre a situação clínica em que se encontrava o bebê:

Sobre o atendimento lá dentro... Deveria ter alguém com a gente lá, dando informação, só que não vem. A gente só tem informação quando vai atrás perguntar. (Cravo, 16 anos, UTIN, PN 2.345 g)

Também querendo uma notícia e ninguém me dá uma notícia, algum diagnóstico preciso pra entender realmente o que ela tem. (Jasmim, 16 anos, UTIN, PN 1.715 g)

Dessa forma, foi possível apreender que não há uma uniformidade quanto à assistência às mães adolescentes que acompanham os filhos hospitalizados, dependendo de cada profissional e da unidade em que se encontram.

As orientações dadas para as mães pela equipe neonatal sobre os cuidados com o filho, foram referidas principalmente durante a internação na UCINCa:

Hum... eles me ensinam a forma de cuidar, o jeito, a forma de amamentar, de dar o leite no copinho. De trocar. Da forma de banhar. Tudo eles me explicam. (Fúcsia, 18 anos, UCINCa, PN 1.770 g)

A enfermeira me ensinou direitinho como dar o banho. Desde a primeira vez, ele nunca tinha banhado e ela me perguntou “você quer banhar ele?” Eu disse: “quero”. Ela me deu o maior apoio, segurou ele enquanto que eu passava o sabão. Hoje mesmo, eu dei banho nele sozinha e ela ficou só de perto olhando se eu estava fazendo tudo direitinho. (Violeta, 16 anos, UCINCa, PN 1.400 g)

Ele falou que era para fazer canguru direto com o neném, para ele ganhar peso e a gente ir para casa ligeiro [...] Me falava que era pra fazer massagem no meu peito, pra ficar estimulando, porque antes não tava tendo leite de jeito nenhum. (Orquídea, 16 anos, UCINCa, PN 2.175 g)

A fala de Violeta demonstra que, nessa unidade, o trabalho dos profissionais de saúde inclui orientação e suporte às mães no sentido de ajudá-las a se sentirem seguras para assumir os cuidados do filho.

Orquídea destaca orientações voltadas para o estímulo à posição canguru e ao aleitamento materno. Segundo Lamy et al. (2011), em estudo comparativo entre maternidades que adotavam o modelo tradicional de assistência neonatal e as que utilizavam o Método Canguru, demonstrou que nas unidades de saúde que empregavam o MC as mães sentiam-se mais tranquilas e confiantes no cuidado do bebê em casa. Com a prática do contato pele a pele e as orientações da equipe sobre o cuidado, as mães sentiam-se seguras para cuidar do filho em casa, após a alta, enquanto que as mães do método tradicional sentiam medo de levar o filho para casa.

Nesse sentido, o empoderamento da mulher a inclui no processo de cuidar e possibilita tomadas de decisão e negociação com a equipe de saúde sobre o melhor para si e para o filho (ARAÚJO; RODRIGUES; PACHECO, 2015).

Isso parece ser mais importante ainda quando se trata de mulheres adolescentes buscando seu lugar de mãe de um recém-nascido pré-termo internado em Unidade Neonatal. Logo, ajudá-las a construir sua autonomia nesse espaço de internação é fundamental.

Além do suporte da equipe de saúde, uma mulher que teve a gestação interrompida por um parto pré-termo, necessita, também, do suporte e apoio do companheiro e da família. Em se tratando de mães adolescentes esse suporte tem um sentido ainda maior e nesta pesquisa, a pessoa mais presente foi a mãe da mãe.

Na Instituição estudada existem duas UCINCa. Em uma delas as puérperas podem ter acompanhantes em período integral. Em geral ficam nessa unidade as adolescentes, mães de gemelares, com distúrbios psiquiátricos, ou em outras situações em que a equipe identifique essa necessidade.

Entre as adolescentes entrevistadas, onze estavam acompanhadas. Destas seis por suas próprias mães, duas por tias, duas por companheiros e uma por sogra. Das nove que estavam sem acompanhantes, em três casos isso ocorreu por falta de vaga nesta unidade. Bromélia, vivendo essa situação falou:

O que está sendo mais difícil é que estou sozinha aqui, que eu moro muito longe. Aí... passar o dia todo aqui, só, sem minha mãe, sem ninguém... É o jeito eu ficar sozinha aqui, é ruim isso. (Bromélia, 17 anos, UTIN, PN 970 g)

Esse sentimento de solidão é compreensível e nos reafirma a importância do acompanhante para essas adolescentes. Mas chama atenção dois casos em que as adolescentes afirmaram que optaram por estar sozinhas:

Eles foram me perguntar se eu queria acompanhante, eu falei que não, porque queria ficar sozinha com ele pra aprender mais. (Violeta, 16 anos, UCINCa, PN 1.400 g)

Essa é uma importante questão que precisa ser sempre levada em conta nas unidades neonatais. A mãe adolescente deve ser consultada quanto à necessidade de acompanhante e, em algumas situações pode ser importante para a relação mãe-bebê que ela perceba sua capacidade de cuidar sozinha do filho. A presença do acompanhante permanente pode inibir sua capacidade de tomar iniciativas. A fala de Tulipa pode nos ajudar a compreender essa questão:

Quando eu vim da UCINCo, eu pensei que minha mãe ia ficar, eu fiquei feliz! Quando eu cheguei disseram que ela não podia ficar. Então foi eu mesma. E agora eu sei cuidar. (Tulipa, 19 anos, UCINCa, PN 1.310 g)

Diante da presença do familiar, alguns autores concordam que as adolescentes apresentam maior dificuldade para exercer a maternidade. Estudo de revisão (FALCÃO; SALOMÃO, 2005) revelou que na companhia dos pais, a adolescente permanece no seu papel de filha dependente e não assume seu papel de mãe e mulher. Enquanto o bebê fica sob responsabilidade dos avós, que frequentemente acabam assumindo a função de pais da criança.

A equipe de saúde deve avaliar cada caso a partir de suas especificidades. É inegável a importância do suporte para a mãe adolescente no processo de cuidado do seu filho, especialmente nos momentos de frustração, medo e dificuldades. Além disso, a transmissão transgeracional de conhecimentos de outras mulheres da família que já vivenciaram o puerpério são determinantes para a construção da nova mãe (VIEIRA et al., 2013; STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Nesse sentido, as falas de Tulipa e Violeta representam um importante achado desta pesquisa, nos levando a considerar que estar sozinha com seu filho em algumas situações, pode ser, também, um direito.

Faz lembrar também a necessidade de a equipe de saúde destacar para os familiares, especialmente as avós, a importância de estimularem a adolescente à assumirem os cuidados maternos (SILVA et al., 2009). Ela é filha, mas agora é mãe também, essa transição é essencial para o estabelecimento da maternagem.

Importante destacar que com ou sem acompanhante a permanência no hospital, especialmente por longos períodos não é fácil. Outros estudos têm demonstrado que as mães de bebês internados em Unidades Neonatais vivenciam o conflito de sentirem-se presas, por não conseguirem sair do hospital e ter que ficar longe do filho (SOUSA et al., 2010; LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997). Como pode ser visto nas duas falas abaixo, nesta pesquisa, esta situação também ficou muito evidente e talvez para as adolescentes seja mais difícil ainda.

Porque eu tenho a minha vida lá fora. E eu deixei tudo para ficar com ele. Então tem hora que eu sinto saudade do meu outro bebê. E aí eu não posso ir pra casa porque eu não posso deixar ele aqui... (Rosa, 17 anos, UTIN, PN 1.710 g)

Ninguém aguenta ficar aqui dentro. Aqui é ruim demais, a gente se sente muito só! Fica o tempo todo aqui trancada... É ruim. (Orquídea, 16 anos, UCINCa, PN 2.175 g)

A chegada de um filho gera profundas mudanças na vida das adolescentes que deixam de realizar atividades próprias da idade e assumem responsabilidades para as quais podem não estar preparadas (GUEDES et al., 2012), principalmente diante do nascimento de um filho pré-termo e da necessidade de internação. Conforme Souza et al. (2010) a infraestrutura hospitalar, a falta de privacidade e de programas de lazer tornam ainda mais difíceis o enfrentamento da internação.

Marson (2008) destaca que para as mães de RNPT é negada a “festa social do nascimento”. As adolescentes desejam representar sua ascensão social para “mãe adulta” com a exibição do filho nos braços, no entanto, a permanência no hospital após o nascimento rompe com esses anseios e acarreta alterações nos seus planos e no seu ritmo pessoal.

É levando-se em conta essas questões que deve-se buscar compreender a construção do cuidado do filho pré-termo.

5.2.3 “Diferentes vivências no cuidado de mães adolescentes ao recém-nascido pré-termo”

O que representa cuidado para adolescentes mães de recém-nascido pré-termo que desde o nascimento do filho vivenciam a experiência da internação hospitalar? Ao falarem sobre cuidado, as adolescentes entrevistadas demonstraram diferenças entre os setores de internação, mas em todas elas destacaram três questões que davam sentido à sua presença: ofertar leite materno e amamentar, fazer canguru e atender às necessidades básicas do filho.

Produzir leite, e ofertá-lo ao filho, foi identificado como a primeira forma de realizarem cuidados maternos ainda na UTIN. Relataram sentimento de satisfação por atender a tão importante necessidade e contribuir para a recuperação do filho.

Os cuidados que eu queria dedicar... Que eu ainda não posso ter nenhum cuidado... Mas o único cuidado que eu tenho mesmo é tentar alimentar mesmo. Tentar tirar mais leite, criar mais leite. (Bromélia, 17 anos, UTIN, PN 970 g)

[...] a gente só pode fazer isso mesmo, a colostroterapia que é a única coisa que ele pode fazer agora com meu leite, é só molhar a bochechinha dele. (Gardênia, 16 anos, UTIN, PN 850 g)

O aleitamento materno pode dar significado para a presença da mãe na UTIN. É algo que ela pode fazer e ninguém mais. Duarte et al., (2012) colaboram com essa análise afirmando que no âmbito do cuidado hospitalar, o aleitamento, significa a presença da mãe.

Silva, Portela e Arruda (2014) descrevem que na concepção das puérperas adolescentes a amamentação é um processo natural e necessário, porque representa uma prática essencial para melhoria do padrão de saúde do filho, estimulando seu crescimento e desenvolvimento saudável. E no âmbito hospitalar, simboliza, também, a esperança de ir para casa. Dessa forma, frente a condição de fragilidade do filho, as mães adolescentes entrevistadas demonstraram ansiedade, tornando o ato de amamentar um desejo cada vez mais intenso.

Na fala de Bromélia foi possível perceber o empenho de aumentar a produção e a ordenha de leite para suprir as carências do filho. Nesse contexto, é necessária atenção para que o fornecimento de leite para o bebê não se transforme em uma tarefa a mais e que diante de sua não realização, sentimentos de frustração e culpa sejam despertados (BAPTISTA et al., 2014).

Além do aleitamento materno, o Método Canguru foi, também, citado pelas mães, como uma prática de cuidado materno em UN. Durante a permanência na Unidade Canguru as mães adolescentes revelaram experiências muito significativas como a de Violeta:

Canguru! Eu acho que ele fica mais esperto com as coisas, eu acho que ele fica mais bonzinho aqui dentro do canguru. Na hora que ele tá agitado de noite, eu boto ele no canguru, ele se acalma. Eu acho que [cuidar] é o canguru. (Violeta, 16 anos, UCINCa, PN 1.400 g)

Outra pesquisa também demonstrou que o aleitamento materno e o método canguru são facilitadores da construção da maternidade (LAMY et al., 2000). Neste estudo as mães que vivenciaram a internação do filho na UCINCa citaram que todos os cuidados com o bebê poderiam ser providos pela equipe, exceto a amamentação e o MC. Esse resultado manifesta o reconhecimento de que embora o saber profissional fosse muito importante, o cuidado materno, mesmo para RN graves, era indispensável.

Costa et al. (2014) afirmam que a posição canguru aumenta a interação entre mãe e filho, sendo entendida como uma transmissão de carinho e calor, além de criar condições para o fortalecimento e estabelecimento de vínculo e apego. No entendimento das mães adolescentes, o cuidado com o filho, através da posição canguru, representava uma forma de ter o filho mais próximo, tranquilizar e promover o seu desenvolvimento.

A importância do Método Canguru para relação da mãe adolescente e do RNPT também foi evidenciada por Ortiz et al. (2006), em seu estudo com o objetivo de comparar a influência da idade materna e a participação no MC sobre a relação de apego em um grupo de 40 díades, sendo este formado por mães adolescentes e adultas, com bebês internados ou não na Unidade Canguru.

Os resultados do trabalho apontaram que mães adolescentes que não participaram do MC mostraram-se pouco tolerantes e compreensivas com as necessidades dos filhos, não estabelecendo relações físicas com eles, desconhecendo seu processo de desenvolvimento e mantendo frequentemente comportamentos inadequados com o bebê. Enquanto o grupo de mães adolescentes na Unidade Canguru demonstrou padrões diferentes. Essas mães mostraram estilos de interação caracterizados por alta sensibilidade, respondendo pronta e adequadamente às necessidades do bebê durante as atividades cotidianas, de acordo com o nível de desenvolvimento do filho (ORTIZ et al., 2006).

Nesse contexto, é válido ressaltar as percepções das mães adolescentes quanto a relevância da Unidade Canguru para efetivar a sua participação no cuidado ao filho hospitalizado. Na vivência da segunda etapa do MC, as mães adolescentes passaram a ultrapassar seus medos e afirmar-se como parte do processo de cuidar do pré-termo. Em seus relatos, identificam o prazer no cuidar:

É bom demais poder cuidar, saber que ele precisa do meu cuidado. Me esforço o máximo possível. É bom demais [risos]. (Lírio, 17 anos, UCINCa, PN 1.275 g)

Porque a gente fica com medo. Elas [profissionais] ficam dizendo “Não precisa ter medo!” E é mesmo, não precisa a gente ter medo não, porque o cuidado a gente aprende ligeirinho. Eu peguei, estou cuidando dela. Eu fiquei com medo de cuidar nos primeiros dias, mas agora já sei. Não tem medo nenhum. É bom a gente cuidar! (Tulipa, 19 anos, UCINCa, PN 1.310 g)

Corroborando com os achados de Vieira et al. (2013), essas assertivas evidenciam que as puérperas, aos poucos, foram se acostumando à rotina de

cuidados diários, adquirindo habilidades através da prática e experiência, vencendo o despreparo e o medo; assim, conquistando autonomia e criando um sentimento crescente de competência para a construção da maternagem.

Mesmo sendo adolescentes, as mulheres entrevistadas, demonstraram que é possível reconhecer o seu papel, e que o Método Canguru é um facilitador.

Ele respira até melhor no Canguru, porque a gente tá respirando e ensinando ele a respirar, que ele não sabe. Ele só sai do Canguru pra mamar. Ele tá mamando já diretamente nos meus seios. (Rosa, 17 anos, UCINCa, PN 1.710 g)

Na Unidade Canguru, as mães se percebem mais livres, mais à vontade, sentem-se “mais mães” por participarem mais ativamente dos cuidados com o bebê. Para essas mulheres, o vínculo com seus filhos torna-se mais forte na UCINCa (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

Segundo Oliveira et al. (2015), essa unidade pode representar o resgate da maternidade, da segurança e da alegria comprometidos pela separação precoce causada pela prematuridade e internação na UTIN. Pode proporcionar ambiente satisfatório para que as mães busquem uma nova maneira de cuidar de seus filhos.

Uma outra questão foi também trazida por Rosa em relação à posição canguru:

Ele fica no canguru, todo tempo. Porque ele não tem mais incubadora pra aquecer ele, então a incubadora humana sou eu. A gente fica no canguru pra pegar temperatura... pra tá aquecendo. (Rosa, 17 anos, UCINCa, PN 1.710 g)

A representação da mãe como substituta da incubadora originou-se em 1979, com a primeira proposta do MC em Bogotá, na Colômbia. Nesta ocasião, a superlotação na UN, fazia com que colocassem dois ou três bebês na mesma incubadora, desencadeando altas taxas de infecção hospitalar, e, conseqüentemente, elevado índice de mortalidade entre os RNPT. Assim, as mães foram utilizadas como substitutas de incubadoras, para garantir a manutenção da temperatura por meio do contato pele a pele (ARIVABENE; TYRRELL, 2010). Esta experiência, no entanto, demonstrou que as vantagens do contato pele a pele iam muito além do aquecimento.

No entanto, no Brasil, a Política de Atenção Humanizada ao RN – Método Canguru, determina que a mãe não é substituta de incubadora. O RN deve ter direito

à incubadora e à sua mãe. O objetivo do método canguru não é economizar recursos técnicos, mas garantir ao bebê e à sua mãe todas as vantagens já discriminadas (BRASIL, 2013).

É interessante pensar por que Rosa fez esta colocação. Será que ouviu isso da equipe? Ela diz que o filho não tinha mais incubadora para aquecê-lo. Duas coisas queremos destacar: a primeira é que mesmo que o bebê esteja em incubadora, ele necessita da posição canguru também e deve fazer isso em períodos alternados de acordo com a disponibilidade e desejo da mãe e do pai; e a segunda questão é que, mesmo quando não precisa mais de incubadora, ainda necessita do contato pele a pele. O contato pele a pele oferta para ele muitos benéficos além do aquecimento, como vínculo, melhora do aleitamento, conforto sensorial, melhor sono e melhor desenvolvimento, dentre outros.

Finalmente discutimos a última categoria apresentada pelas mães para dar significado ao seu cuidado na unidade neonatal. Esta categoria foi genericamente designada de “atender às necessidades básicas do filho” e, nela, estão agrupadas um conjunto de ações que implicam em suprir as necessidades de ordem psicológicas e biológicas. Apresentamos abaixo trechos das entrevistas de três adolescentes:

O que é cuidar para mim? [silêncio] É dar atenção, amor, carinho [...] Ver como tá o estado do bebê, isso também é cuidado. (Petúnia, 15 anos, UCINCa, PN 1.455 g)

Pegar ele, trocar, colocar ele pra dormir. (Magnólia, 17 anos, UCINCa, PN 2.150 g)

Meu cuidado é... [pausa] O banho, a roupa, a pomada que tem que usar pra assadura. (Dália, 16 anos, UCINCa, PN 1.490 g)

É importante compreender esse resultado à luz do conceito de maternagem. Para Winnicott (2001) maternagem implica a disponibilidade psíquica da mãe, que se dispõe para o filho de maneira acolhedora e segura. O referido autor define *holding* e *handling* como funções de maternagem. O *holding* é considerado a forma que a mãe sustenta seu bebê, sendo ao mesmo tempo uma experiência física e emocional, pois a maneira como a mãe segura seu filho no colo representa a forma como ele é amado e desejado. O *handling* diz respeito à manipulação da mãe no corpo do bebê, representada pelo banho, troca de fraldas, entre outros. Esses cuidados são indispensáveis para o desenvolvimento inicial do bebê, facilitando a

formação da criança e o processo de vinculação mãe-bebê (WINNICOTT, 1994, p. 53).

Os relatos dessas mulheres revelaram que a vivência na UTIN foi marcada pelo distanciamento mãe-bebê, privação de interação física e até mesmo da amamentação, provocada muitas vezes pelos inúmeros aparelhos e procedimentos invasivos. Já na UCINCa, a experiência de acolher e proteger os filhos nos braços representou a efetivação do cuidado.

Para mim foi muito grande a diferença, porque lá [UTIN] não podia pegar ela no colo, não podia fazer canguru, não podia dar peito. E para mim fez uma diferença muito grande [...] Ah! Eu me sinto muito bem, só de estar com minha filha nos braços, para mim já é uma grande vitória e eu vou conseguir muito mais. (Dália, 16 anos, UCINCa, PN 1.490 g)

Agora eu posso ficar mais tempo com ela, direto. Não tem que ver ela naqueles aparelhos, sendo furada direto. Agora que ela está no canguru, está sendo tudo diferente, que a gente passou por muita coisa e agora só felicidade. (Jasmim, 16 anos, UCINCa, PN 1.715 g)

Identifica-se, pelas falas das entrevistadas, o pensamento mágico e fantasioso das adolescentes, que para Feijó e Oliveira (2001), representa uma simplificação e “garantia” de que os problemas adversos serão resolvidos, culminando em mais um “final feliz”.

Com a transferência do filho da UTIN e/ou UCINCo para UCINCa, identificou-se uma mudança no comportamento das puérperas adolescentes quanto ao envolvimento nos cuidados com o RNPT. Essa transição permitiu a participação ativa das mães no cuidar. Conforme Duarte et al. (2012) a participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado é influenciada pelo estado de saúde do bebê, pela proximidade física e pelo tipo de apoio recebido. Dessa forma a relação da mãe com a equipe de profissionais é essencial para o engajamento materno no exercício do cuidado, especialmente na UCINCa. Neste estudo a transferência do filho para a UCINCa simbolizava recuperação e superação da fase mais crítica da internação.

Mas mesmo na UCINCa as mães adolescentes revelaram seus medos diante do filho pré-termo:

Eu sinto medo de às vezes não estar cuidando dele do jeito certo. (Fúcsia, 18 anos, UCINCa, PN 1.770 g)

Eu sinto medo de não poder dar pra ela tudo aquilo que ela precisa, de não fazer ela feliz, de não ser uma boa mãe. (Jasmim, 16 anos, UCINCa, PN 1.715 g)

O medo de não cuidar devidamente do filho, tem sido descrito também em pesquisas com adolescentes mães de recém-nascidos a termo. Resta et al. (2010) demonstraram que estas adolescentes mães de RN a termo não se consideram preparadas para cuidar do filho. Dentre os fatores relacionados estão o fato de não terem concluído os estudos e não possuírem um emprego, o que representa que não poderiam prover a própria vida e a do filho. Algumas relatavam que eram muito novas, não tinham experiências para cuidar de criança e mesmo aquelas que tinham experiência no cuidado relataram a diferença nesse processo, dando ao vínculo mãe-filho maior senso de responsabilidade.

A apreensão de não cuidar do filho também foi relacionada com o medo de não conseguirem ser “boas mães” e conseqüentemente de sentirem-se desacreditadas pelos familiares e profissionais, que muitas vezes subestimam sua capacidade de cuidar do filho (Silva et al., 2009).

As adolescentes ainda persistem como alvo de estereótipos sociais sobre a sua “irresponsabilidade”. Entretanto Pinheiro (2000) traz como resultado de seu estudo que algumas mães adolescentes mostraram-se capazes de dar respostas adequadas neste percurso, e que nem sempre oferecem piores condições de cuidado à criança quando comparadas às mães adultas.

Como expõem König, Fonseca e Gomes (2008), a vivência de situações conflituosas não representa somente um desafio, mas pode vir a ser uma condição determinante para as adolescentes que, em que tais situações, podem testar seus limites e superar experiências diversas, contribuindo com seu processo de amadurecimento.

Diante do nascimento de um filho, a adolescente passa por um processo de maturação de sua identidade, desenvolvimento físico, psicoemocional, familiar e social (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008). Uma fase de ambigüidades, na qual não existe uma mulher totalmente formada, por dizer, uma mulher imatura, que ao vivenciar a prematuridade pode atravessar momentos mais delicados, evidência que repercute em sua capacidade de responsabilizar-se por um ser também imaturo (LEÃO, 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo foi possível observar que para as mães adolescentes a construção do papel de mãe no cuidado de uma criança que nasceu pré-termo e necessitou de internação neonatal foi marcada por ambivalências, medos e superações.

Essa construção foi alicerçada em aprendizados e dificuldades, influenciada pelos diversos ambientes da Unidade Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) e, também, pelas orientações recebidas pela equipe neonatal. Entende-se dessa forma, que as noções de cuidado expressa pelas adolescentes perpassam o que elas apreenderam com os profissionais, logo o significado que expressaram para o cuidado materno também foi influenciada e estruturada de acordo com a política-assistencial da instituição e de acordo com o processo de trabalho nos diferentes setores.

As puérperas adolescentes do estudo vivenciaram o cuidado do filho ao assumirem integralmente as tarefas de cuidado no ambiente neonatal. A não inserção da mãe no cuidado durante a internação do RNPT na UTIN, possivelmente, influenciou sua dificuldade em maternar o filho nesse ambiente. Em contraponto, a Unidade Canguru, onde as mães adolescentes estavam mais próximas de seus filhos, possibilitou o engajamento materno, local onde elas demonstraram adquirir gradativamente maior amadurecimento, e com o contato pele a pele com os filhos identificam seu cuidado materno. Logo, na Unidade Canguru foi possível o empoderamento, a efetivação dos cuidados e o reconhecimento do ser mãe.

Foram observadas semelhanças entre as responsabilidades e os cuidados assumidos pelas mães adolescentes e adultas com filhos pré-termo. As diferenças foram referentes à forma como as adolescentes vivenciaram as particularidades desse momento, inegavelmente delicado para qualquer mãe, em qualquer época de sua vida. Em algumas situações, aspectos típicos do funcionamento adolescente mostraram-se evidenciados como a imaturidade, infantilidade e desejo de independência dos responsáveis.

Uma temática relevante que surgiu no estudo foi quanto à presença de acompanhante para as mães adolescentes, um assunto importante a ser discutido e

ênfatisado no sentido de promover uma assistência qualificada à essas puérperas. O fato de ser mãe adolescente não pode significar uma desqualificação de seu cuidado, na relação com familiares e com a equipe.

O direito de livre acesso e permanência da mãe na UTIN, parece não refletir a participação no cuidado do filho hospitalizado. Fato que denota a necessidade de incorporação de medidas institucionais que visem a inserção dos pais na rotina de cuidados.

É premente que os profissionais de saúde compreendam que a puérpera adolescente vivencia a maternidade de maneira única e particular, e que por isso a equipe deve propiciar uma atenção integral, contemplando os aspectos emocional, cultural, social e psicológico da mãe adolescente e de sua família.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para melhor entendimento sobre as mães adolescentes, suas significações e compreensões sobre o cuidado ao neonato pré-termo. Com isso, possa incentivar o planejamento mais eficiente de ações voltadas para a saúde da adolescente e do RNPT, bem como o preparo da equipe multiprofissional e do processo de trabalho interdisciplinar, nas unidades neonatais, quanto as singularidades da fase de desenvolvimento na qual encontra-se essas mães, a adolescência.

A partir dos resultados, sugere-se a realização de novos estudos, como continuação deste, uma vez que se constatou a escassez de literatura que abordasse o tema e algumas questões não puderam ser contempladas por este estudo. Assim, sugere-se investigar como os profissionais de saúde compreendem a maternagem adolescente ao recém-nascido pré-termo, como eles interferem e auxiliam nesse processo.

REFERÊNCIAS

- AGMAN, M. et al. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). **Agora eu era o rei**: os entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma, 1999. p. 17-34.
- ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 30-5, jan./fev. 2006.
- ANJOS, L. S. 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. 571-7, jul./ago. 2012.
- AQUINO-CUNHA, M. et al. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 513-9. 2002.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S.T. A. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 128-31, jan./fev. 2015.
- ARIVABENE, J. C.; TYRRELL, M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 130-6, mar./abr. 2010.
- ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, p. 120-8. 2007.
- BAGGIOI, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANNI, A. L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n. 4, p. 627-31, jul/ago. 2009.
- BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. Reações Psicológicas nos Pais de Recém-Nascidos Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 36, p. 242-6, edição especial, jun. 2000.
- BAPTISTA, S. S. et al. The lactation in women with premature babies: reconstructing the nursing care. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1036-46, jul./set. 2014.
- BARBOSA, F. A. et al. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbarói.**, Santa Cruz do Sul, n. 33, ago./dez, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, M. L.; PONTES, A. L.; ROLIM, K. M. C. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 168-75, mar./abr. 2015.

BERGAMASCHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. Vivência da puérpera adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.42, n. 3, p. 454-6. 2008.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar. 2005.

BRAGA, N.; MORSCH, D. Os Primeiros Dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L (org). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ. p. 51-68. 2003.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 3, n. 3, p. 899-908, set./dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª edição, 1ª reimpressão – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CARTAXO, L. S. et al. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 551-7, jul./ago. 2014.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. A relação entre mãe adolescente e o bebê pré-termo: sentimentos desvelados. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 35-44. 2007.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-7, mar./abr. 2005.

COSTA, M. C. O. et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 3. 2001.

- COSTA, R. et al. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. **Rev. Enferm. Atenção Saúde.**, Uberaba, v. 3, n. 2, p. 41-53, jul./dez. 2014.
- COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na UTI neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 357-8. 2012.
- DAVIM, R.M. B. et al. Método mãe-canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 37-44, jan./mar. 2009.
- DELGADO, S. E. A construção do caminho do vínculo mãe adolescente / bebê pré-termo. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 27-35. 2002.
- DITZ, E. S. et al. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 17, n. 1, p. 45-55. 2011.
- DUARTE, E. D. et al. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 870-8, out./dez. 2012.
- EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc. Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, jun. 2005.
- FALCÃO, D. V. S.; SALOMÃO, N. M. R. O papel dos avós na maternidade adolescente. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 205-12, abr./jun. 2005.
- FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 2. 2001.
- FERREIRA, M. A. et al. Conhecimento de mães sobre os cuidados com crianças menores de 1 ano. **Rev. Enferm. Atenção Saúde.**, Uberaba, v. 4, n. 1, p. 16-27, jan./jun. 2015.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. 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.
- FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 89-97, abr. 2004.
- FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-83, abr./jun. 2013.

GÁIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-8, jul./ago. 2005.

GALLEGOS-MARTÍNEZ, J.; REYES-HERNÁNDEZ, J.; SCOCHI, C. G. S. O neonato prematuro hospitalizado: significado da participação na Unidade Neonatal para os pais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1360-6, nov./dez. 2013.

GOLDENBER, G. P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-85, jul./ago. 2005.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade. **Pensando Fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

GUEDES, P. C. W. et al. Representação social, ansiedade e depressão em adolescentes puérperas. **Rev. SBPH**, Belo Horizonte, v.15, n. 1, p. 194-211, jan./jun. 2012.

HERCOWITH, A. Cuidados específicos na gravidez na adolescente. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 49, n. 2, fev. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

KÖNIG, A. B.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe”. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 405-413. 2008.

KREUTZ, C. M. **A experiência da maternidade e a interação mãe-bebê em mães adolescentes e adultas** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: atlas, 2010.

LAMY FILHO, F. et al. Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 15, p. 63. 2015.

LAMY, Z. C. **Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações**. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz- Instituto Fernandes Figueira; 2000.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-68. 2005.

LAMY, Z. C. et al. Construção do papel materno a partir das vivências de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. **Rev. Bras. Pesqui. Saúde**, Vitória, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan./abr. 2011.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, p. 293-8. 1997.

LEÃO, L. C. S. **Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência: uma condição de dupla imaturidade** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

MAGALHÃES, M. L. C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28 - n. 8. 2006.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 82-9, jan./jun. 2015.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa.... **Rev. SBPH.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008.

MARTÍNEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MATOS, R.; MADEIRA, A. M. F. Mãe adolescente cuidando do filho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34 - n. 4, p. 332-8. 2000.

MAZZINI, M. L. H. et al. Mães adolescentes: a construção de sua identidade materna. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 493-502, out./dez. 2008.

MELO, M. M. et al. O conhecimento de puérperas adolescentes sobre o cuidado com recém-nascidos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 266-73. 2012.

MELO, R. C. J.; SOUZA, Í. E. O.; PAULA, C. C. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 656-62, set./out. 2013.

MERINO, M. F. G. L. et al. As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 670-8, out./dez. 2013.

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

MONTEIRO, T. M. T.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. V. S. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 36-42, jan./jun. 2002.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20. 2008.

MORSCH, D. S.; BRAGA, M. C. A. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 624-636, dez. 2007.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55. 2004.

NEU, M.; ROBINSON, J. Early weeks after premature birth as experienced by latina adolescent mothers. **MCN – The American Journal of Maternal/ Child Nursing**, New York, v. 33, n. 3, p. 166-72, mai./jun. 2008.

OLIVEIRA, M. C. et al. Kangaroo method: perceptions of mothers who experience the second stage. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2939-48, jul./set. 2015.

ORTIZ, J. A. et al. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. **Rev. Latinoam. Psicol.**, Bogotá, v. 38, n. 1, p. 71-86. 2006.

PAIXÃO, E. C. J. G. **Ser mãe na adolescência**: uma reflexão sobre o cuidado do recém-nascido [Dissertação de Mestrado]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

PINHEIRO, V. S. Repensando a maternidade na adolescência. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal, v. 5, n. 1, p. 243-251. 2000.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

RESTA, D. G. et al. Maternidade na adolescência: significado e implicações. **REME - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 68-74, jan./mar. 2010.

ROCHA, D. C. S.; BEZERRA, M. G. A.; CAMPOS, A. C. S. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 365-71. 2005.

ROCHA, R. C. L. et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 530-5. 2006.

RODRÍGUEZ, Y. A. S.; TORRES, R. M. La madre adolescente en el transitar por la hospitalización del hijo. **Av Enferm**, Bogotá, v. 33, n. 2, p. 230-240. 2015.

SANTOS, N. D. et al. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 65-70, jan./fev. 2014.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, jan./mar. 2012.

SILVA, A. A. et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1412-23. 2001.

SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56. 2009.

SILVA, M. A. M.; PORTELA, E. M. M.; ARRUDA, L. P. Aleitamento materno de recém-nascidos hospitalizados: grupo de apoio desenvolvido junto às puérperas adolescentes. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 44-51, jan./mar. 2014.

SILVA, M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. D. Vivência do parto normal em adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5. 2004.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores de enfermagem. **Rev. Gaúch. Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 231-42, ago. 2004.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan./mar. 2011.

SOARES, D. C. et al. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 238-45, abr./jun. 2010.

SOUSA, J. C.; SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 217-27. 2008.

SOUZA, N. L. et al. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **REME – Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 159-165, abr./jun. 2010.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvelando o significado da maternidade. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-8, set. 2010.

SUZUKI, C. M. et al. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 95-103. 2007.

TAVARES, A. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 193-203, mai./ago. 2006.

TOMA, T. S. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 233-42. 2003.

TOMELERI, K. R.; MARCON, S. S. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 355-61. 2009.

TURATO, E. F. Métodos qualitativos e quantitativos em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14. 2005.

VIEIRA, A. P. R. et al. Maternidade na adolescência e apoio familiar: implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 679-87, out./dez. 2013.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, Chía, v. 8, n. 1, abr. 2008.

WINNICOTT, D. W. **Holding e interpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **O bebê e suas mães**.(J.L. Camargo, trad.) 2 ed. São Paulo: Martins Fontes. 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA**Título do Projeto:****O cuidado de mães adolescentes direcionado ao recém-nascido prematuro****1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA**

INICIAIS: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

2. ANTECEDENTES OBSTÉRICOS

- Gestação nº: _____
- Gravidez desejada: () sim () não
- Número de filhos: _____
- Tipo de partos anteriores:
 - () normal () cesáreo
- Nº de abortos: _____
- Caso de prematuridade anterior:
 - () sim () não
- Caso de mortalidade neonatal:
 - () sim () não
- Intervalo entre as últimas gestações:
 - _____
- Complicação obstétrica anterior:
 - () sim () não
 - Qual: _____
- Complicação obstétrica atual: () sim
 - () sim () não
 - Qual: _____
- Realizou acompanhamento pré-natal:
 - () sim () não
 - Quantas consultas: _____

3. CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÔMICAS

- Residência: () rural; () urbano
- Endereço: _____
- _____
- Cidade: () Teresina () _____
- Estado: () Piauí () _____
- Procedência: _____
- _____
- Situação conjugal: () solteira () casada () viúva () união estável
- Escolaridade () 1-Sem instrução; 2- Ensino fundamental incompleto; 4- Ensino fundamental completo; 5- Ensino médio incompleto; 6- Ensino médio completo ; 7- Ensino superior incompleto.
- Anos de estudo: _____
- Renda familiar mensal: ()
- 1- Menor que 1 salário mínimo; 2- Entre 1 e 3 salários mínimos; 3- Entre 3 e 5 salários mínimos; 4- Maior que 5 salários mínimos

4. CARACTERÍSTICAS DO RÉCEM- NASCIDO:

- Idade gestacional: ____ semanas
- Peso ao nascer: _____ gramas
- Estatuta: _____ cm
- Sexo: () masculino () feminino
- Apresenta malformação congênita:
() sim () não
Qual: _____
- Amamentação: () exclusiva () mista () artificial

Responsável pela entrevista: _____

APÊNDICE II: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM QUESTÕES ABERTAS

INSTRUMENTO DE PESQUISA**O cuidado de mães adolescentes direcionados ao recém-nascido prematuro****IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA**

INICIAIS: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

LOCAL: _____

ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Como se sentiu quando soube que estava grávida?
2. Como se sentiu ao ver pela primeira vez seu bebê?
3. Fale sobre os momentos que você passa com o seu bebê.
4. Você recebeu orientações sobre os cuidados que pode dispensar ao seu filho?
5. Que cuidados você tem dedicado ao seu filho?
6. Como você se sente?
7. O que é mais difícil para você?
8. O que te deixou mais tranquila e confiante?

Responsável pela Entrevista:

Data: ____/____/____

APÊNDICE III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não. Para isto iremos ler atentamente este TERMO que contém todas as informações sobre a investigação e após seu total esclarecimento e por sua livre decisão você assinará este termo de consentimento. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (086) 3215-5564.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **O cuidado de mães adolescentes direcionados ao recém-nascido prematuro.**

Pesquisadora Responsável: Fernanda de Moura Soares. Telefone: (86) 9904-4360.

Pesquisadores Participantes: Silvana Santiago da Rocha. Telefones (86) 3215-5555 / 9987-3456.

O presente estudo se configura como uma pesquisa qualitativa, a ser realizada na Maternidade Dona Evangelina Rosa, com o objetivo de analisar a construção do cuidado materno de adolescentes com filhos internados em Unidade Neonatal, através de estudo descritivo utilizado a entrevista semi-estruturada.

Ressalta-se que a presente pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, nem ressarcimento de despesas. Como também, não há benefício direto para o participante. E em qualquer etapa da pesquisa você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ R

G: _____ abaixo assinado, tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre: O cuidado de mães adolescentes direcionados ao recém-nascido prematuro. Discuti com Fernanda de Moura Soares sobre a decisão de permitir a participação da menor que está sobre minha responsabilidade nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa.

Concordo, voluntariamente, em autorizar a participação deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos nessa Instituição ou Serviço. Autorizo também o registro

em gravador dos depoimentos que é fundamental para analisarem e descreverem a percepção da cuidadora sobre os recém-natos prematuros.

Teresina, _____ de _____ de 20 _____

Nome e Assinatura do Responsável

Assinatura do Pesquisador

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome e Assinatura:

Nome e Assinatura:

APÊNDICE IV: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “**O cuidado de mães adolescentes direcionados ao recém-nascido prematuro**”. O presente estudo se configura como uma pesquisa qualitativa, a ser realizada na Maternidade Dona Evangelina Rosa, com o objetivo de analisar a construção do cuidado materno de adolescentes com filhos internados em Unidade Neonatal, através de estudo descritivo utilizado a entrevista semi-estruturada.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Teresina, ____ de _____ de 20____

Assinatura da menor

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE V: TABELA COM O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MÃES ADOLESCENTES DO ESTUDO

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mães adolescentes. Teresina, PI. 2016.

Identificação	Idade	Moradia	Renda familiar mensal*	Situação conjugal	Anos de estudo
Lírio	17	Urbano	2	Casada	9
Magnólia	17	Rural	1	União estável	6
Bromélia	17	Urbano	2	União estável	9
Gardênia	16	Urbano	2	Solteira	2
Cravo	16	Urbano	2	União estável	1
Copo de leite	18	Rural	2	União estável	2
Girassol	15	Urbano	2	Solteira	9
Hortênci	16	Rural	1	Solteira	1
Dália	16	Urbano	1	União estável	8
Margarida	13	Urbano	1	União estável	6
Orquídea	16	Urbano	1	Solteira	6
Tulipa	19	Urbano	1	União estável	8
Jasmim	16	Urbano	2	União estável	1
Azaléia	15	Urbano	1	Solteira	1
Petúnia	15	Rural	1	União estável	6
Violeta	16	Urbano	1	União estável	1
Rosa	17	Urbano	2	União estável	9
Beladona	19	Urbano	2	Solteira	1
Íris	16	Rural	2	União estável	11
Fúcsia	18	Urbano	1	União estável	7

*Em salário mínimo

APÊNDICE VI: TABELA COM O PERFIL OBSTÉTRICO DAS MÃES ADOLESCENTES DO ESTUDO

Tabela 2 - Perfil obstétrico das mães adolescente. Teresina, PI. 2016.

Identificação	Paridade	Nº de consultas de pré-natal	Tipo de parto
Lírio	Primípara	6	Cesáreo
Magnólia	Primípara	6	Normal
Bromélia	Primípara	5	Normal
Gardênia	Primípara	8	Cesáreo
Cravo	Primípara	0	Cesáreo
Copo de leite	Primípara	2	Cesáreo
Girassol	Primípara	2	Normal
Hortênci	Primípara	5	Normal
Dália	Primípara	4	Normal
Margarida	Primípara	3	Cesáreo
Orquídea	Tercípara	4	Normal
Tulipa	Secundípara	3	Cesáreo
Jasmim	Primípara	2	Cesáreo
Azaléia	Primípara	0	Normal
Petúnia	Primípara	5	Normal
Violeta	Primípara	3	Normal
Rosa	Secundípara	3	Cesáreo
Beladona	Primípara	5	Normal
Íris	Secundípara	8	Normal
Fúcsia	Primípara	6	Cesáreo

APÊNDICE VII: TABELA COM O PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS DAS MÃES ADOLESCENTES DO ESTUDO

Tabela 3 - Perfil dos recém-nascidos. Teresina, PI. 2016.

Identificação da mãe	Sexo	Idade gestacional (anos)	Peso ao nascer (gramas)	Diagnóstico principal	Desfecho
Lírio	Masculino	30	1.275	Prematuridade	Alta
Magnólia	Masculino	35	2.150	Prematuridade e Gastroquise	Alta
Bromélia	Feminino	29	970	Prematuridade	Óbito
Gardênia	Masculino	33	850	Prematuridade	Óbito
Cravo	Feminino	35	2.345	Prematuridade, SDR e Infecção	Alta
Copo de leite	Masculino	27	700	Prematuridade e SDR	Óbito
Girassol	Feminino	27	1.050	Prematuridade, SDR e Infecção	Óbito
Hortênci	Masculino	31	2.040	Prematuridade	Alta
Dália	Feminino	32	1.490	Prematuridade	Alta
Margarida	Masculino	30	1.085	Prematuridade e Infecção	Óbito
Orquídea	Masculino	34	2.175	Prematuridade e SDR	Alta
Tulipa	Feminino	35	1.310	Prematuridade	Alta
Jasmim	Feminino	32	1.715	Prematuridade	Alta
Azaléia	Feminino	27	1.020	Prematuridade e Infecção	Óbito
Petúnia	Feminino	34	1.455	Prematuridade	Alta
Violeta	Masculino	32	1.400	Prematuridade e SDR	Alta
Rosa	Masculino	34	1.710	Prematuridade	Alta
Beladona	Masculino	30	1.475	Prematuridade e Infecção	Alta
Íris	Feminino	28	1.180	Prematuridade e SDR	Alta
Fúcsia	Masculino	31	1.770	Prematuridade, SDR e Infecção	Alta

SDR: Síndrome do Desconforto Respiratório

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DE MÃES ADOLESCENTES DIRECIONADOS AO RECÊM-NASCIDO PREMATURO

Pesquisador: silvana santiago da rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21525713.6.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 742.161

Data da Relatoria: 31/07/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objeto o cuidado de mães adolescentes direcionados para o recém-nascido prematuro.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o cuidado de mães adolescentes em relação ao recém-nascido prematuro;

Descrever as dificuldades e facilidades no cuidado de mães adolescentes para com o recém-nascido prematuro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ansiedade, decorrente da não compreensão de dados na entrevistas, que serão amenizados com os devidos esclarecimentos. Não vislumbramos maiores riscos na obtenção dos dados, que somente se dará mediante autorização do responsável e aceitação da adolescente.

Benefícios:

Ampliação de conhecimentos na área. Elaboração de diretrizes orientacionais de cuidado ao

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela

Bairro: Ininga S010 **CEP:** 64.040-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)215-5734 **Fax:** (86)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 742.161

recém-nascido.

Diminuir dúvidas de mães adolescentes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O local de estudo será as enfermarias da Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), localizada na região sul da cidade de Teresina, de referência da Rede Estadual de Saúde do Piauí, que tem como público alvo mulheres em período de fertilidade, em suas Intercorrências gravídicas, parto e pós parto. A Amostra constará de 20 participantes. O local para a obtenção dos dados da entrevista será uma sala reservada, para assegurar a privacidade e confidencialidade das participantes. Serão incluídas no estudo, adolescentes que realizaram seu parto na referida maternidade e o seu filho ter nascido pré-termo. Dentre os critérios de exclusão estão mães adolescentes com dificuldade/impossibilidade de comunicação ou mãe com distúrbios neurológicos das declarações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os Termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto à aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrólio Portela
 Bairro: Ininga S/G10 CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (883)215-5734 Fax: (883)215-5680 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 742.161

TERESINA, 07 de Agosto de 2014

Assinado por:
Alicione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela
Bairro: Ininga 8Q10 CEP: 64.040-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5660 E-mail: oep.ufpi@ufpi.br