

VIVÊNCIA MATERNA COM O FILHO PREMATURO: REFLETINDO SOBRE AS DIFICULDADES DESSE CUIDADO*

MATERNAL EXPERIENCE WITH A PREMATURE CHILD: THINKING ABOUT THE DIFFICULTIES OF THIS CARE

VIVENCIAS MATEERNAS CON EL HIJO PREMATURO: REFLEXIONANDO SOBRE LAS DIFICULTADES DE DICHO CUIDADO

Nilba Lima de Souza¹
Ana Cristina Pinheiro Fernandes Araujo²
Íris do Céu Clara Costa³
Antônio Medeiros Junior⁴
Horácio Accioly Junior⁵

RESUMO

Este é um estudo qualitativo, realizado com 28 mulheres, no qual se utilizou o grupo focal. O objetivo foi analisar as vivências maternas com o recém-nascido prematuro durante a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e nos primeiros dias após a alta hospitalar. Os relatos foram submetidos ao software ALCESTE, que possibilitou a categorização dos dados, permitindo compreender significados, sentimentos e dificuldades enfrentadas pelas mães durante o internamento do filho na UTIN e no seguimento pós-alta, o que revelou a relação entre esses momentos, especialmente no que se refere às falhas no processo de comunicação entre as mães e a equipe de saúde. Os achados apontam que a prematuridade precisa ser trabalhada como um fenômeno que requer atenção à família, sobretudo à mãe, favorecendo estratégias para o enfrentamento dessa realidade desde o momento do parto, na hospitalização do filho na UTIN e, posteriormente, no seguimento domiciliar.

Palavras-chave: Nascimento Prematuro; Recém-Nascido de Baixo Peso; Comportamento Materno; Pesquisa Qualitativa; Tecnologia da Informação.

ABSTRACT

This is a qualitative study that analyses a focus group formed by 28 women and their experiences with a premature newborn during hospitalization in a neonatal intensive care unit (NICU) and in the first days after hospital discharge. The reports were submitted to the software ALCESTE, which enabled to understand the perceptions, feelings and difficulties faced by mothers during their child's hospitalization in the NICU and in discharge follow-up. The analysis demonstrated the relationship between these moments and especially the flaws in the communication process between the mothers and the health team. The findings suggest that prematurity must be treated as a phenomenon requires attention for the entire family and above all for the mother, by favoring strategies to confront this reality from the moment of delivery, during hospitalization of the child in the NICU and later, in the domiciliary follow-up.

Key words: Premature Birth; Low-Weight Newborn; Maternal Behavior; Qualitative Research; Information Technology.

RESUMEN

Estudio cualitativo con un grupo focal realizado con 28 mujeres: se analizan las vivencias maternas con niños nacidos prematuros durante la internación en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y en el seguimiento post-alta. Los relatos fueron procesados con el software ALCESTE que clasificó los datos y reveló significados, sentimientos y dificultades de las madres durante la internación del niño en la UTIN y en los primeros días tras el alta hospitalaria. De los relatos se destaca en especial lo relativo a los fallos en el proceso de comunicación entre las madres y la plantilla sanitaria. Los hallazgos indican que hemos de tratar el parto prematuro como un fenómeno que requiere atención a la familia, sobre todo a la madre, favoreciendo estrategias que ayuden a enfrentar la realidad desde el momento del parto, en la hospitalización del hijo en la UTIN y, posteriormente, en el seguimiento a domicilio.

Palabras clave: Nacimiento prematuro; Recién nacido de bajo peso; Comportamiento materno; Investigación cualitativa; Tecnología de la información.

* Extraído da dissertação de Mestrado *Experiência materna com recém-nascido prematuro advindo de uma gravidez de risco*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em 2005.

¹ Professora. Mestre do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal-RN, Brasil. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCCSA-UFRN). Natal-RN. Av. Senador Salgado Filho, s/n. Campus Universitário – Lagoa Nova. CEP: 59072-970 Natal-RN, Brasil. Fone (84) 32116609 – Fax (84)3215-3615. E-mail: nilbalima@ufrnet.br

² Professora Doutora do PPGCCSA-UFRN, Natal-RN, Brasil. Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde. UFRN, Natal-RN, Brasil. Av. Gal. Gustavo Cordeiro de Farias, SN. Petrópolis. Natal-RN. E-mail: crysaraujo@uol.com.br.

³ Professora Doutora do PPGCCSA-UFRN. Natal, RN, Brasil. Programa de Pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde. UFRN, Natal-RN, Brasil. Av. Gal. Gustavo Cordeiro de Farias, SN. Petrópolis. Natal-RN. E-mail: iris_odontoufrn@yahoo.com.br

⁴ Professor Doutor do Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição. UFRN, Natal-RN, Brasil. E-mail: amjunior@ufrnet.br

⁵ Professor Doutor do Departamento de Educação Física da UFRN. Natal, RN, Brasil. Av. Senador Salgado Filho, s/n. Campus Universitário – Lagoa Nova. CEP: 59072-970 Natal- RN, Brasil. E-mail: horaccioly@uol.com.br.

Endereço para correspondência – Nilba Lima de Souza: Av. Senador Salgado Filho, s/n. Campus Universitário – Lagoa Nova. CEP: 59072-970 Natal-RN, Brasil. Fone (84) 32116609 – Fax (84)3215-3615. E-mail: nilbalima@ufrnet.br.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro é uma experiência desafiadora que altera a dinâmica familiar, especialmente a da mãe, que durante a vivência da maternidade prematura enfrenta conflitos, dada a frequente necessidade de hospitalização do filho. Soma-se a isso o fato de, em curto período, ela ter de passar a acompanhá-lo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ambiente de tecnologia avançada que costuma causar impacto e medo à família de prematuros.

Na condição de mãe acompanhante do filho na UTIN, a mulher é submetida à rotinização hospitalar e afastada do seu convívio familiar e social em detrimento da priorização do cuidado ao filho hospitalizado.¹ Nesse contexto, surgem os conflitos e as dificuldades, muitas vezes decorrentes das relações conflituosas com os profissionais de saúde, tornando a permanência materna hospitalar desagradável, além de despertar sensações de sofrimento e tristeza.

Comumente, essa situação se agrava quando os profissionais de saúde deixam de valorizar o paradoxo de sentimentos que cerca a mãe, que sofre por retardar o contato precoce com o filho, privando-se de tê-lo nos braços para acariciá-lo em sua chegada ao mundo.² Daí a necessidade de um atendimento humanizado e acolhedor, de forma que as mães se sintam inseridas na atenção e cuidado por parte da equipe neonatal.^{1,3}

Por outro lado, o desejo de recuperação do filho e a prioridade de estar junto dele¹ fazem com que as mães busquem estratégias de enfrentamento. Assim, durante a permanência hospitalar, tentam restabelecer o vínculo afetivo com o filho e desenvolvem novas habilidades no cuidado, necessárias para a atenção específica ao pré-termo no seguimento domiciliar.⁴

Superada a fase de hospitalização, as mulheres se veem diante de um novo desafio: a alta do recém-nascido, que, embora seja um momento de grande expectativa, associa-se a um de maior responsabilidade acompanhado de inseguranças e medos de cuidar do filho no domicílio, sem o apoio da equipe hospitalar.^{5,6}

Nessa perspectiva, as famílias, muitas vezes sem preparo específico, são conduzidas a cuidar do filho prematuro no ambiente domiciliar, sem que tenham recebido esclarecimentos suficientes para esse cuidado e para a tomada de decisão diante das possíveis alterações no desenvolvimento dessa criança ou em situações que indiquem a busca pelos serviços de saúde.

Essas dificuldades costumam ser decorrentes das falhas no processo de comunicação e do apoio formal dado pelos profissionais, que transmitem informações insuficientes pautadas na linguagem técnica, o que pode favorecer a distorção da realidade e comprometer o entendimento, por parte dos pais, das às orientações recebidas.^{7,8} Isso torna o percurso da prematuridade uma trajetória conflituosa desde a hospitalização do filho até sua inserção no ambiente domiciliar.

Para haver uma transição satisfatória da unidade neonatal para o domicílio materno, um passo importante é assegurar o reestabelecimento da família após o nascimento prematuro.⁹ Nesse aspecto, destaca-se o papel fundamental dos profissionais de saúde no preparo dessas famílias, tanto durante o acompanhamento materno do filho na UTIN como no período que antecede a alta.¹⁰

Portanto, tratando-se de recém-nascido prematuro, os cuidados necessários para assegurar-lhe o desenvolvimento saudável iniciado durante a hospitalização devem ser ampliados para além do ambiente hospitalar, envolvendo tanto a família como o contexto social no qual está inserido. Observa-se que esses dois aspectos, na literatura pertinente, comumente são analisados separadamente em populações diferentes e não retratam a interligação dos sentimentos, percepções e atitudes vivenciados pela mãe durante e após a hospitalização do filho prematuro.

Baseando nisso, construiu-se este estudo com o objetivo de analisar as vivências maternas com o filho prematuro durante a hospitalização na UTIN e posteriormente no ambiente domiciliar, para o mesmo grupo de mulheres, buscando identificar interligações existentes entre esses momentos, com vista à ampliação do cuidado ao recém-nascido e a família do prematuro desde o nascimento até o seguimento domiciliar.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo descritivo com a utilização da técnica do grupo focal, por meio da qual se obtém, de forma descontraída e informal, opiniões e atitudes, mediante discussões em grupo.¹¹ Optou-se por essa técnica pela possibilidade de obter resultados que emergiram da discussão entre mulheres que têm em comum a vivência do nascimento de um filho prematuro em situação que exigiu internamento em UTIN e que, portanto, como parte integrante de um mesmo contexto, relataram suas vivências de forma coletiva.

O estudo foi realizado em dois momentos. O primeiro, com 28 mães que se encontravam há mais de 48 horas com o filho hospitalizado na UTIN. O segundo, o mesmo grupo de mulheres, estabelecendo-se o critério mínimo de 30 dias após a alta hospitalar do último recém-nascido de mãe participante do grupo. Nesse segundo momento, foram contabilizadas perdas de quatro mulheres, duas por causa do óbito dos filhos e as outras porque não compareceram ao segundo momento.

Foram formados três grupos distintos, estabelecendo-se o critério mínimo de seis e máximo de dez participantes, e ocorreram dois encontros para cada grupo. A escolha pelo mesmo grupo de mulheres, participando dos dois momentos da pesquisa, surgiu da tentativa de identificar a interligação entre a vivência materna com o prematuro na UTIN e, posteriormente, no domicílio materno.

As pesquisadas foram abordadas durante o período de permanência como mães-acompanhantes e informadas de que participariam de dois encontros, sendo

necessário o retorno ao local de coleta de dados, com datas previamente estabelecidas.

A própria pesquisadora atuou como moderadora dos encontros e, buscando a participação efetiva de todas, utilizou duas questões norteadoras, uma para cada momento, sendo a primeira: *Conte como é para você estar com seu filho na UTIN* e a segunda: *Conte como é cuidar de bebê prematuro em casa*.

As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia das pesquisadas, sob a responsabilidade de um observador, que também registrava o início de cada fala das entrevistadas, além de expressões e reações diante dos questionamentos, procedimentos que favoreceram a transcrição dos discursos, feita pela pesquisadora.

As reuniões ocorreram no anfiteatro da instituição, campo da pesquisa, ambiente que favoreceu a privacidade dos encontros e tiveram duração média de 90 minutos. Em determinados momentos, as entrevistas precisaram ser interrompidas quando alguma participante apresentava-se emocionalmente mais sensibilizada, sendo retomadas após se restabelecerem. Para estas, foi disponibilizado suporte psicológico por meio de profissionais da própria instituição.

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), unidade hospitalar de referência estadual para gravidez e nascimento de risco no Nordeste brasileiro, no período de março a setembro de 2005, e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN, sob o nº 90/04, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram submetidos ao programa de computação Análise Lexical por Contexto em um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE).¹² Esse programa realiza a distribuição dos vocábulos de um texto, obtidos por meio comunicações verbais e/ou escritas.¹³ A entrada dos dados é feita por um único arquivo do tipo texto, reconhecido como Unidades de Contextos Iniciais (UCIs), dividido em seguimentos de texto de tamanho similar, denominados Unidades de Contextos Específicos (UCEs), que permitem o agrupamento de palavras por radicais (posteriormente especificado), quantificando-lhes a frequência no texto, sem interferência do pesquisador, uma vez que foi elaborado com o intuito de preservar o caráter aleatório e intencional das informações.¹³

O programa oferece outras subdivisões e gráficos, que relacionam os contextos entre si, bem como o predomínio de cada participante nos contextos específicos.¹³ Como não era objeto deste estudo conhecer as experiências individualizadas, optou-se por utilizar a contextualização das UCIs e UCEs e os qui-quadrados das palavras mais importantes.

O material textual relacionado aos relatos maternos correspondeu a 60 páginas, referentes aos dois momentos, porém foram submetidos ao ALCESTE separadamente e analisados com base em linhas de comando, também chamadas variáveis ou classes

de forma reduzida (entre parênteses). Essas variáveis foram preestabelecidas tomando por base o próprio roteiro de perguntas abertas, das quais surgiram de cada questão norteadora quatro classes, sendo da primeira: *nascer prematuro* (*nasc prem*), *visitar o filho na UTIN* (*vis utin*), *vivenciar o cotidiano da UTIN* (*ct utin*), *ser mãe-acompanhante* (*ma acomp*); e da segunda: *cuidar do prematuro no domicílio* (*cui dom*), *significar a prematuridade* (*sig prem*), *ser mãe de prematuro* (*mae prem*) e *conviver com o filho prematuro em casa* (*prem casa*).

Esses temas serviram para separar as UCIs (corpo do texto) que corresponderam às respostas das participantes em cada classe. A fragmentação das respostas compôs as UCEs, que posteriormente foram agrupadas em radicais ou palavras com maior frequência no texto, sendo-lhes atribuído um valor em qui-quadrado.

Para a análise dos dados, inicialmente foram elaborados dois quadros, um para cada momento da pesquisa, e neles considerados os radicais que se apresentaram com maior frequência no texto, destacando-lhes a frequência por classe, a frequência total e o percentual (referente à frequência de classe e à frequência total), bem como o qui-quadrado e a forma reduzida das palavras no texto. Considerou-se como as palavras mais importantes aquelas com qui-quadrado superior a 10. Os radicais que se apresentam seguidos da sinalização (+) correspondem àqueles que têm mais de uma palavra correlata.

Os trechos das falas maternas apresentados nos resultados foram escolhidos considerando-se as palavras que se destacaram com maior frequência em cada classe e que melhor representam as categorizações.

RESULTADOS

As puérperas tinham entre 18 e 35 anos; a escolaridade predominante foi o ensino médio e o fundamental. A renda familiar média foi menor que três salários mínimos. Com relação aos dados obstétricos e perinatais, 71,4% realizaram pelo menos quatro consultas pré-natais e a maior parte (57%) estava na segunda gravidez. O peso de nascimento dos recém-nascidos variou entre 1.200 a 1.500 g.

Para maior compreensão dos resultados, optou-se por apresentá-los em dois momentos: o primeiro, relacionado à vivência materna com o filho prematuro na UTIN; e o segundo, à vivência materna com o filho prematuro no ambiente domiciliar, destacando-se as classes ou variáveis pertencentes a cada um desses momentos.

MOMENTO I: VIVÊNCIA MATERNA COM O FILHO NA UTIN

Classe I – Nascer prematuro

Nessa classe, procurou-se investigar como as mães percebem o nascimento prematuro e a confirmação

da necessidade de internamento do filho na UTIN, configurando-se as alterações no ritmo natural do nascimento, saindo da esfera psicológica do idealismo para o realismo. Retomar essa discussão no grupo também contribuiu para a manifestação de choros e interrupções momentâneas. Assim, nessa classe, as palavras com maior frequência foram: UTI, medo, grav+(grave, gravidade), em associação ao sentimento mais forte presente no nascimento prematuro, que é o medo oriundo da constatação da gravidade clínica do filho mediante a necessidade da hospitalização na UTIN. Essa realidade foi construída com base no seguinte relato:

Quando o pediatra me disse que tinha nascido e que tinha levado para UTI – para mim a UTI é porque está nas últimas –, foi aquele pavor, um choque. Eu tive medo dele não sobreviver. (Girassol)

Classe II – Visitar o filho na UTIN

A primeira visita da mãe à UTIN configura-se como um dos eventos mais difíceis no contexto da prematuridade. Nessa ocasião, elas são surpreendidas por um ambiente com recursos tecnológicos e a visão de bebês frágeis, submetidos aos diferentes tratamentos invasivos, dentro de incubadoras que funcionam como barreiras ao contato direto entre mãe e filho.

Dessa situação surgiram as palavras: aparelho, cheio, choque, incubadora, seguidos dos sentimentos de desesper+(desespero, desesperador) e trist+(tristeza, triste). Essas palavras se configuram quando a mãe, ao visitar o filho na UTIN, depara com um ambiente de recursos tecnológicos avançados que, embora no universo dela seja percebido como “máquinas salvadoras”, registram a submissão dos seus filhos a procedimentos invasivos, despertando nelas sentimentos de desespero e tristezas assim mencionados:

Foi um choque, quando eu vi ele cheio de aparelho, de fios, naquela incubadora. Foi uma tristeza. Eu não tinha esperança dele sobreviver. (Margarida)

Classe III – Vivenciar o cotidiano da UTIN

Observou-se que as mães participavam intensamente dos cuidados com os filhos prematuros, executando afazeres como oferecer a dieta, trocar fraldas, dar banho, dentre outras atividades, porém verbalizam os conflitos existentes nas relações entre elas e a equipe de saúde.

Nessa perspectiva, surgem dificuldades para a compreensão do real papel da acompanhante na UTIN, pois, se em alguns momentos a participação dela é necessária, em outros parece inconveniente, diante da resistência de alguns profissionais em fornecer informações sobre o estado de saúde dos bebês e explicar procedimentos que as mães possam realizar com os filhos, assim revelados: explic+(explicar, explicação), pergunt+(perguntar, perguntei), dieta, reclama+(reclamar, reclamava), cuida+(cuidado, cuidar). Tais insatisfações são oriundas da tentativa da mãe de participar dos cuidados

com o filho na UTIN. Nessa situação, os profissionais são identificados como detentores do conhecimento e, dependendo da forma como se colocam, podem favorecer a competência materna no cuidado com o filho ou contribuir para que a mãe se afaste, impedindo-a de exercer seu papel de provedora do cuidado do filho:

Às vezes elas reclamam que já explicaram pra gente e nós não entendemos. Elas não entendem que precisam ter paciência até que a gente aprenda. (Flor de Lótus)

Classe IV – Ser mãe-acompanhante

O prolongamento do tempo de internação do filho exige extensa permanência da mãe no hospital. Nesse contexto, as dificuldades que enfrentam se destacaram nos seguintes elementos: casa, família, saudade e amigos:

Deixei lá fora muitas coisas para resolver, mas eu não posso mais sair, me sinto presa. Eu sei que estou aqui porque meu filho precisa de mim, mas às vezes me falta paciência para lutar com ele. (Jasmim)

Por outro lado, a infraestrutura hospitalar e a falta de privacidade e de programas de lazer tornam mais difícil a superação da saudade da família e da perda do contato social, redefinindo simbolicamente a natureza do ambiente hospitalar como um espaço inicialmente destinado à cura para um local de isolamento, no qual as mães de prematuros se sentem prisioneiras.

Por longo período, o contato materno com o filho aconteceu apenas pelo toque, pela troca de fraldas e pela higienização. Superadas as barreiras que impediam o contato mais íntimo, os avanços na evolução clínica do bebê permitiram os primeiros passos para uma convivência mais direta e a interação mãe-bebê foi fortalecida, gerando momentos satisfatórios na trajetória materna na UTIN.

Assim, os sentimentos de alegria estiveram presentes nessa classe, consubstanciados pelos termos “colo” e “canguru”, denotando intimidade e satisfação materna, como se pode observar no relato seguinte:

Quando eu o coloquei pela primeira vez no meu colo, eu tive a sensação que ali foi meu parto. Foi muito emocionante. (Violeta)

MOMENTO II: VIVÊNCIA MATERNA COM O FILHO PREMATURO NO AMBIENTE DOMICILIAR

Classe I – Cuidar do prematuro no domicílio materno

A alimentação do prematuro foi revelada como a principal dificuldade enfrentada pelas mães após a alta hospitalar, gerando insegurança e preocupação. Essa realidade foi evidenciada com base nas seguintes palavras: leite, mam+(mamar, mamou), sec+(secar, secou)+ e alimenta+(alimentar, alimentei), reforçada no relato a seguir:

Quando eu cheguei em casa, ele estava com fome e eu estava tão preocupada que eu tentei tirar o leite e não consegui... Meu peito estava seco. Eu chorei muito. (Petúnia)

Espera-se que, durante a permanência como mãe-acompanhante, os profissionais da UTIN procurem desenvolver habilidades maternas para os cuidados com o filho prematuro que lhe favoreçam o desempenho nos cuidados domiciliares.

Assim, quando se investiga como as pesquisadas classificavam as orientações fornecidas pela equipe para a alta do bebê, elas consideraram insuficientes, especialmente no que se refere à alimentação do filho. Esses aspectos se configuram com base no seguinte relato:

Quando tivesse perto de ir para casa era importante que fosse explicado como fazer se ele sufocasse, se o leite secar como fazer para aumentar. (Jasmim)

As dificuldades com a amamentação, na instituição pesquisada, têm ocorrido mesmo durante o internamento dos bebês, fato comprovado pelo alto consumo de leite materno do Banco de Leite Humano por neonatos internados na UTIN, propiciando frequentes quedas nos estoques e apelações públicas nos meios de comunicação para aumentar as doações e garantir a regularidade da oferta.

Classe I I – Significados da prematuridade

A associação da prematuridade à fragilidade do filho prossegue mesmo após a alta hospitalar do bebê. Para as mães, os prematuros são crianças pequenas, sob riscos constantes de adoecerem, e essa compreensão faz com que elas disponibilizem mais tempo para cuidar deles e protegê-los, consubstanciada pelos termos: preocupação, adoec+(adoecer, adoecer), prematur+(prematuro, prematuro), pequen+(pequenos, pequenininho).

Essa situação é configurada por algumas mães quando, no intuito de proteção, evitam que vizinhos ou estranhos mantenham contato direto com o filho, protegendo-se, inclusive, de comentários indesejáveis que possam retardar ainda mais a construção do conceito de normalidade do filho:

E eles são pequenos, estão ainda se criando e podem adoecer, mas as pessoas não entendem isso. A gente fala que não pode, mas ninguém quer ficar só olhando. (Lírio)

Classe III – Ser mãe de prematuro

Esse sentido se revela no momento em que se exige das mães habilidades específicas no cuidado com esses bebês, resultando em maior senso de responsabilidade. Essa realidade surge como um divisor entre o antes e o depois do nascimento prematuro. Portanto, nessa classe concentram-se as palavras: cuida+(cuidado, cuidar),

mud+(mudança, mudar, mudou), responsabilidade. Esses vocábulos representam parte das mudanças que ocorrem na vida da mulher após o nascimento prematuro, capturadas na seguinte construção:

Pra mim mudou tudo; vivo para ele, tenho mais responsabilidade, tudo o que eu vou fazer penso nele, somente muito dedicação, cuidado, amor e carinho é que fizeram eles chegarem até aqui. (Girassol)

Classe IV – Conviver com o filho prematuro em casa

O cotidiano torna as relações solidificadas, e dessa interação com o filho as mães atribuem valores a pequenos gestos como: vê-lo chorar, vê-lo sorrindo, atitudes esperadas para os recém-nascidos a termo, porém não tão identificadas nos prematuros, o que permite associação com o progresso no desenvolvimento dele, destacando-se as palavras chor+(chorar, chorando), sorri+(sorrindo, sorrir), escut+(escutar, escutei):

Pra mim é uma alegria escutar o choro dele. Vê-lo sorrindo me deixa feliz. Olhar as fotos e comparar e saber que ele está grande e saudável. (Violeta)

A importância do pai na divisão dos cuidados com o filho foi destacada, embora, comumente, eles sintam dificuldades por não terem sido inseridos ativamente na rotina de cuidar do filho na UTIN, quando a eles somente é permitido visitá-los em horários preestabelecidos. Também foram atribuídos valores a fé em Deus como suporte básico para superar as dificuldades encontradas no percurso pela sobrevivência do filho prematuro.

DISCUSSÃO

Analisando isoladamente cada momento, encontram-se, no primeiro, as dificuldades enfrentadas pelas mães desde o nascimento do filho até sua inserção no cotidiano da UTIN. Os relatos mostram que o nascimento prematuro e a hospitalização na UTIN são eventos inesperados, causadores de impacto emocional e promovem alterações no funcionamento familiar e nas relações pessoais.¹⁴

Durante a primeira visita materna à UTIN, as mães, mesmo surpreendidas pelos aparatos tecnológicos, reconhecem a necessidade desses recursos para ajudar na sobrevivência do filho, ainda que eles imponham barreiras ao contato direto entre mãe-filho. Inseridas nessa rotina, muitas vezes, pela carga emocional que lhes é imposta, tornam-se mais questionadoras, o que pode predispor aos percalços na relação mãe-equipe. Por outro lado, o afastamento emocional do profissional que exerce sua "função" sem valorizar o paciente é um ponto de violência afetiva.¹⁵

Alguns autores destacam os benefícios da participação materna nos cuidados com o filho na UTIN,^{10,16} porém existem conflitos nas relações e contradições na construção do cuidado compartilhado,¹⁶ ficando para as mães aqueles fragmentados semelhantes ao papel

social materno que teriam, independentemente da prematuridade.

O período em que permaneceram como mãe-acompanhante favorece o afastamento da vida familiar e social. Tal realidade pode promover uma reviravolta na vida familiar, o que sugere a ideia de um cuidado ampliado centrado na família e de articulação entre o hospital e redes de apoio social que favoreçam a manutenção da participação materna no seu convívio familiar e social, mesmo que por curtos períodos.

O cuidar de um filho prematuro em casa, analisado no segundo momento deste estudo, reporta-se inicialmente ao período de hospitalização do filho. Nessa etapa, percebe-se que não foram ofertados aos pais, de forma eficaz, o aprendizado e os esclarecimentos das intercorrências que acompanham a evolução do prematuro, de forma a torná-los mais competentes nos cuidados com o filho no ambiente domiciliar.

Essa realidade nos faz entender que, embora a alta hospitalar do filho amenize o estresse materno decorrente da hospitalização, o enfrentamento de novos desafios e o surgimento de inseguranças e preocupações não foram impedidos.

Com isso, a literatura pertinente revela que o seguimento pós-alta do prematuro requer outros estudos,^{17,18} pois, a exemplo do que ocorre na UTIN, se a equipe não procurar atender às ansiedades maternas durante a hospitalização do filho, surgirão conflitos e sobrecargas no ajustamento às atividades domiciliares¹⁹ que tendem a prejudicar e retardar a adaptação materna à realidade da prematuridade.⁵

Nesse contexto, entende-se que o período de adaptação da família à prematuridade pode durar semanas e até meses, e para apoiá-la no processo de transição do prematuro do hospital para casa é necessária a existência de programas com suporte social e profissional, iniciados durante todo período de hospitalização do filho na UTIN.⁸ Disso provêm os benefícios para o reajuste familiar favorecendo um desenvolvimento saudável do prematuro.

No cotidiano familiar, a maior dificuldade revelada diz respeito ao desmame precoce logo após a alta. Essa situação é preocupante e sugere avaliação criteriosa na instituição pesquisada, para que as mães de prematuros possam superar as dificuldades com a amamentação durante a hospitalização do filho, garantindo-lhes a adesão e a competência na amamentação após a alta hospitalar do filho. Sobre esse aspecto, autores apontam que o desmame precoce no prematuro é favorecido

quando não se viabilizar precocemente a sucção, tornando a amamentação exclusiva como condição estabelecida para a alta.²⁰

Quanto ao seguimento ambulatorial do prematuro, recomendam-se retornos mais frequentes e a ampliação das visitas domiciliares pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de que possam minimizar as ansiedades e as inseguranças da família nos cuidados com o prematuro em casa. Nessa perspectiva estão inseridos o desafio do acesso e o acolhimento à família de prematuros como elemento fundamental para construção do cuidado integrado.

CONCLUSÃO

Os achados sugerem que o desenvolvimento de crianças prematuras pode ser prejudicado por falta de suporte psicoemocional para famílias; por falhas na comunicação equipe/mães, situação identificada nos dois momentos da pesquisa; e por deficiência no seguimento ambulatorial e da atenção básica, que, de forma geral, causa ineficiência no cuidar da família e do prematuro, ferindo o princípio da integralidade e o da humanização da assistência, propostos pelo sistema de saúde vigente no país.

Concluindo, a utilização do ALCESTE possibilitou a organização dos dados coletados, reforçando a construção do processo de categorização para a compreensão de parte do universo da prematuridade permeada de significados, sentimentos e dificuldades enfrentadas pelas mães com o nascimento prematuro. Identificou-se, também, que a palavra "cuidar" esteve presente significativamente nos dois momentos do estudo, o que nos revela que essa atitude é a que está mais evidente no cotidiano da mãe do prematuro, ancorada, sobretudo, na fragilidade do filho.

Não foi intenção, nesta pesquisa, quantificar sentimentos e atribuir-lhes valores numéricos, mas assegurar que é possível, com esse programa, sistematizar um grande volume de informações, enfatizando os aspectos qualitativos presentes no contexto geral da pesquisa. O objetivo é subsidiar os pesquisadores no sentido de instrumentalizá-los para o desvelamento de fenômenos e diagnósticos sobre determinado objeto e, no caso em questão, o contexto materno com a prematuridade.

Ressalte-se a importância de novas pesquisas nesse campo, especialmente com relação à ansiedade materna com o nascimento de um filho prematuro, cujo tema necessita mais atenção da comunidade científica.

REFERÊNCIAS

1. Dittz ES, Mota JACS, Roseni R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8(1): 75-81.
2. Sales CA, Alves NB, Vrecchi MR, Fernandes J. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1): 20-4.
3. Guimaraes GP, Monticelli M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16: 626-35.

4. Rabelo MZS, Chaves EMC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):333-7.
5. Jackson K., Ternstedt Britt-Marie, Schollin J. From alienation to familiarity, experiences of mothers and fathers of preterm infants. *J Adv Nurs.* 2003; 43: 120-9.
6. Shin HJ. Situational meaning and maternal self-esteem in mothers with high-risk newborns. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2004 Feb; 34(1): 93-10.
7. Martínez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Rev Latinoam Enferm.* 2007; 15(2): 239-46.
8. Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Babosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5): 704-10.
9. Broedsgaard A, Wagner L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review.* 2005; 52: 196-203.
10. Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *J Adv Nurs.* 2003; 42(6): 578-86.
11. Krueger RA. *Focus groups: a practical guide for applied research.* Newbury Park: Sage Publications; 1988.
12. Camargo BV. Introdução à utilização do programa informático ALCESTE para análise quantitativa de dados textuais. Laboratório de Psicossociologia da comunicação e da cognição social. Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
13. Reinert M. Une méthode d'analyse des données textuelles et une application : Aurelia de G. de Nerval. *Bulletin de Méthodologie Sociologique.* 1990; 26: 24-54.
14. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(1): 120-8.
15. Faquinello P, Dióz M. A UTI na ótica de paciente. *REME Rev Min Enferm.* 2007; 11(1): 41-7.
16. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(2): 191-7.
17. Thoyre SM. Feeding outcomes of extremely premature infants after neonatal care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36(4): 366-76.
18. Van Der Pall SN, Maguire CM, Le Cessie S, Wit JM, Walther FJ. Parental experiences during the first period at the neonatal unit after two developmental care interventions. *Acta Paediatr.* 2007; 96: 1611-6.
19. Nichols MR, Roux GM. Maternal perspectives on postpartum return to the workplace. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004; 33(4): 463-71.
20. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12: 120-8.

Data de submissão: 13/4/2009

Data de aprovação: 13/5/2010