

A RELAÇÃO ENTRE A MÃE ADOLESCENTE E O BEBÊ PRÉ-TERMO: sentimentos desvelados^a

Natália Rocha CHAGAS^bAna Ruth Macêdo MONTEIRO^c

RESUMO

Estudo qualitativo que objetivou compreender como se estabelece a relação entre mães adolescentes e filhos prematuros, conhecendo os sentimentos destas mães em relação aos seus bebês. Foram investigadas 20 mães adolescentes em unidades de terapia intensiva neonatal de três instituições públicas, de agosto a outubro de 2004, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Da análise temática das informações obtidas por entrevistas, aliadas à observação, emergiram as categorias: a vivência da maternidade e o relacionamento com o bebê. As mães se compadecem da dor e sofrimento de seus bebês e sentem-se responsáveis por tudo o que ocorre com eles, mudando seus hábitos de vida.

Descritores: Inter-relação. Prematuro. Comportamento do adolescente. Emoções.

RESUMEN

Estudio cualitativo que busca comprender cómo se establece la relación entre madres adolescentes e hijos prematuros, conociendo los sentimientos de esas mamás hacia sus bebés. Fueron investigadas 20 madres adolescentes en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal en tres instituciones públicas, entre agosto y octubre de 2004, en Fortaleza, Ceará, Brasil. El análisis temático de las informaciones obtenidas mediante entrevistas, aunado a la observación, nos permitió evidenciar las categorías: la experiencia de la maternidad y la relación con el bebé. Las madres se compadecen del dolor y del sufrimiento de sus bebés y se sienten culpables por todo que les pasa, cambiando sus hábitos de vida.

Descriptorios: Interrelación. Prematuro. Conducta del adolescente. Emociones.

Título: La relación entre las madres adolescentes y el bebé prematuro: sentimientos revelados.

ABSTRACT

The aim of this qualitative study was to understand how the relationship between adolescent mothers and prematurely born babies develops by knowing the feelings of the mothers relative to their babies. Twenty adolescent mothers of premature babies were investigated at the Neonatal Intensive Care Units of three public hospitals, in Fortaleza, Ceará, Brazil, from August to October, 2004. Based on the thematic analysis of information obtained during interviews and observation, two categories were found: motherhood experience and relationship with the baby. Mothers feel sorry for their babies' pain and suffering, and feel responsible for everything that happens to them, changing their own lifestyles to be with their babies.

Descriptors: Interrelation. Infant, premature. Adolescent behavior. Emotions.

Title: The relationship between adolescent mothers and prematurely born babies: revealed feelings.

^a Artigo elaborado a partir da monografia "Ser mãe adolescente de bebê pré-termo: desvelar de sentimentos", desenvolvida no Curso de Especialização em Enfermagem Neonatológica da Universidade Federal do Ceará (UFC).

^b Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Neonatologia. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS). Bolsista CAPES.

^c Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do CMACCLIS da UECE. Enfermeira do Hospital de Messejana de Fortaleza, CE. Pesquisadora do GRUPESS.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é considerada importante problema de saúde pública, que adquire proporções cada vez maiores ao longo dos anos, conforme demonstram as estatísticas. No mundo, anualmente, adolescentes de 15 a 19 anos tornam-se mães de cerca de 15 milhões de crianças, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾.

A sexualidade, presente desde a infância, assume especial importância na adolescência, independentemente de classe social, necessidades ou experiências anteriores do indivíduo. A resistência em enfrentar este fato ou mesmo a relutância em reconhecer os problemas que possam daí ocorrer, como a gravidez precoce, só agrava os seus efeitos. Muitas vezes, a maternidade na adolescência aparece como uma tentativa das jovens em preencher o vazio que sentem por falta de projetos de vida mais consistentes⁽²⁾.

Para a adolescente, a gravidez nessa época da vida, quando levada a termo, pode significar um projeto de negociação que permitiria sua ascensão a outro *status*, seja conjugal, seja de maioridade social. Essa idéia estaria associada a uma possível obtenção de autonomia pessoal na família, de mudanças de domicílio, ou mesmo uma estratégia de matrimônio⁽³⁾.

Outros fatores – como a tendência secular de redução na idade da menarca, que torna as jovens aptas à reprodução mais cedo, e o início da atividade sexual cada vez mais precocemente entre os jovens, não sendo acompanhado de métodos anticoncepcionais adequados – também estão envolvidos na ocorrência de gravidez na adolescência⁽⁴⁾.

A mortalidade materna é maior entre as adolescentes em virtude de fatores de natureza biológica, como: imaturidade do sistema reprodutivo e ganho de peso inadequado durante a gestação, e fatores socioculturais, como: a falta de cuidados pré-natais e baixas condições de vida.

A literatura tem demonstrado que as adolescentes grávidas são mais pobres, de mais baixa escolaridade, têm menor atenção durante o pré-natal, filhos com maiores taxas de baixo peso ao nascer (BPN) e de mortalidades neonatal e infantil^(5;560).

Para a criança, especificamente, as principais consequências negativas são: a ocorrência de parto prematuro; o baixo peso ao nascer, compreendendo a combinação de prematuros e as desordens no crescimento fetal; o óbito no primeiro ano de vida; e pior rendimento escolar no futuro⁽³⁾.

Diante do exposto, percebe-se a importância de ações que possam minimizar as consequências da prematuridade, envolvendo os genitores no cuidado ao prematuro, com vistas a fortalecer os vínculos afetivos entre os pais e o neonato.

A formação do vínculo pais-bebê também traz benefícios diretos ao recém-nascido (RN), pois aumenta significativamente o aleitamento ao seio, reduz a mortalidade infantil, o sentimento de fracasso e diminui a incidência de maus-tratos e abandono⁽⁶⁾.

Entretanto, apesar dessa necessidade, encontramos nas unidades neonatais vários obstáculos à aproximação mais íntima entre pais e bebê, como: entrada restrita dos pais para visita e escasso contato corporal mãe-bebê. Isto provoca um distanciamento muito grande entre eles, que é sentido de forma muito intensa em se tratando de mães adolescentes⁽⁷⁾.

Pretende-se, portanto, compreender como se estabelece a relação entre mães adolescentes e filhos prematuros, conhecendo os sentimentos destas em relação a eles, com vistas a propiciar aos profissionais de saúde que atuam em neonatologia a oportunidade de compreendê-las melhor, para, conseqüentemente, melhor assisti-las.

Busca-se, a partir deste estudo, fornecer subsídios para que a equipe de saúde possa cada vez mais incluir as mães nos cuidados aos bebês, não tomando para si toda a assistência, permitindo-lhes que adquiriram competências necessárias para o cuidado em casa após alta hospitalar.

2 METODOLOGIA

O estudo realizado foi de natureza qualitativa, que consiste em um tipo de pesquisa baseada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como vivida e do modo como é definida por seus próprios atores⁽⁸⁾.

Participaram do estudo mães adolescentes de bebês prematuros, que estavam acompanhando os filhos no período da coleta de dados, nos meses de agosto a outubro de 2004, em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN's) de três instituições públicas de referência em assistência obstétrica, localizadas no Município de Fortaleza, Ceará, que atendem à demanda de todo o Estado, que foram nomeadas de A, B e C. As instituições A e B contam com 21 leitos de UTIN cada uma, e a instituição C dispõe de 14 leitos.

A amostra foi composta por 20 mães às quais foi possível o acesso e que concordaram em responder às perguntas, e contemplou os seguintes critérios de seleção: adolescentes, com idade compreendida entre 10 e 19 anos, segundo o conceito de adolescência da OMS/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁽⁴⁾, que sejam mães de crianças com menos de 37 semanas de gestação, considerando a definição de prematuridade da OMS⁽⁹⁾, e que estavam acompanhando seus filhos por um período mínimo de três dias consecutivos.

As vinte entrevistadas eram adolescentes com idade variando entre 15 e 19 anos. A idade gestacional de seus RN's ao nascimento variou de 22 a 36 semanas, e o período de internação deles coincidia com seu tempo de vida, variando de três dias a um mês e 26 dias.

Foi realizado o mesmo número de visitas às três instituições, sendo que, das 20 mães participantes do estudo, 12 encontravam-se na instituição A, 5 na instituição B e 3 na instituição C. Cabe salientar que, nos hospitais A e C, não havia serviço de vigilância epidemiológica que fornecesse dados que permitissem identificar devidamente os critérios de inclusão, e no hospital B, o referido setor não se encontrava em funcionamento em nenhuma das visitas. Assim, a amostra foi constituída sem prévia determinação do número de elementos participantes, e a coleta de dados prosseguiu até o momento em que passou a existir convergência entre os discursos.

Na pesquisa qualitativa, a coleta de dados pode ser conduzida pelo pesquisador até que os dados sejam recorrentes, ou seja, as informações não apresentem "novidade", ou novo conteúdo, pois, ao contrário dos métodos quantitativos, o que se deseja não é explicar propriamente, mas sim compreender os eventos investigados⁽¹⁰⁾.

A identificação dos participantes que atendessem aos critérios estabelecidos para composição da amostra tinha início com a consulta aos prontuários, e prosseguia com entrevista semi-estruturada, guiada por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador ia explorando, ao longo de seu curso⁽¹¹⁾. As entrevistas tiveram a duração de 20 a 30 minutos, em média, por participante e foram desenvolvidas a partir das seguintes questões norteadoras: "como você se sente com o nascimento de seu filho?" e "você participa dos cuidados ao seu bebê?".

No intuito de não interromper a interação da mãe com o bebê, e por se considerar o ambiente pouco adequado para dialogar com as mães, as entrevistas ocorreram fora das UTIN's. Assim, na instituição A, foram entrevistadas 5 adolescentes no alojamento conjunto e 7 no banco de leite. Na instituição B, foram abordadas 5 adolescentes em uma sala destinada à ordenha, próxima às UTIN's, e as entrevistas aconteceram em um local no corredor de acesso às unidades, onde as mães costumavam se reunir. Por fim, na instituição C, 3 adolescentes foram entrevistadas no alojamento conjunto.

Durante a entrevista, as adolescentes foram esclarecidas acerca de possíveis dúvidas quanto ao significado das perguntas e foi solicitada a cada uma delas previamente, permissão para a gravação de suas falas em fitas cassete, visando a assegurar a fidelidade dos relatos.

Além da entrevista semi-estruturada, foi realizada a observação direta, caracterizada como a coleta de informação descritiva, qualitativamente analisada. Neste processo, o pesquisador não permanece restrito a observar, mas registra os indicativos em um diário de campo⁽⁸⁾. A observação antecedeu as entrevistas, e, por meio delas, procurou-se notar de que modo a mãe se comportava em relação ao seu bebê na UTIN, se mantinha ou não o contato com ele, de que maneira ocorria esse contato, bem como sua participação ou não nos cuidados ao filho.

Vale ressaltar que a entrada em campo para coleta de dados foi precedida de encaminhamento e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das três instituições onde ocorreu o estudo, a fim de obter

autorização formal para sua execução, obedecendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾.

No momento da coleta dos indicadores, as adolescentes da pesquisa foram esclarecidas acerca dos objetivos do estudo, sendo-lhes assegurada total liberdade para aceitarem ou não participar do mesmo, ou abandoná-lo em qualquer fase, se assim desejassem. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas mães participantes maiores de idade, bem como por seus representantes legais, no caso das mães menores.

Conforme é de praxe e de lei, foi garantida às participantes a isenção de prejuízos no atendimento prestado e o anonimato na apresentação dos resultados, razão porque as autoras dos depoimentos transcritos no relatório do estudo são identificadas por pseudônimos. Tais aspectos dizem respeito ao princípio da justiça, segundo o qual os sujeitos possuem o direito a um tratamento justo e imparcial, antes, durante e após sua participação no estudo, assim como possuem o direito de esperar que qualquer dado coletado durante o desenrolar de um estudo seja mantido no mais absoluto sigilo⁽⁸⁾.

Para organizar os resultados, foi utilizada a análise temática, a qual permite que, a partir da leitura compreensiva dos discursos, surjam temas conceitualmente significativos que se podem efetivar em categorias de dados⁽⁸⁾. “Categorizar é agrupar elementos, idéias e expressões em torno de um conceito capaz de representá-los, podendo ser pré ou pós categorias”^(10:223). As temáticas evidenciadas foram discutidas e interpretadas, favorecendo melhor entendimento do fenômeno em estudo, ou seja, o relacionamento entre mães adolescentes e bebês prematuros.

3 RESULTADOS

A análise temática das informações obtidas por intermédio das entrevistas com as mães adolescentes, aliadas à observação, permitiu evidenciar categorias pertinentes ao estudo, assim identificadas: **a vivência da maternidade**, da qual emergiram as subcategorias: o significado de ser mãe; sentimentos em relação ao recém-nascido; e, **o relacionamento com o bebê**, que traz a subcategoria: a separação do filho.

3.1 A vivência da maternidade

Viver a maternidade é tido como um momento único, no qual uma torrente de anseios e expectativas atingem seu ápice frente a mudança de um estado de espera/incerteza, como é a gestação, para uma realidade objetiva da maternidade – o pós-parto.

Neste turbilhão, aflora um conjunto de sentimentos peculiares a cada uma delas, as quais elaboram seu significado próprio de ser mãe.

3.1.1 O significado de ser mãe

As falas das adolescentes confirmaram o quanto a experiência de ser mãe é sentimentalmente singular na vida de cada mulher. É perceptível, contudo, a idéia de que, dentro dessa singularidade, a satisfação intensa e a alegria são sentimentos confluentes dessa vivência. Somados a isso, os discursos também levam a que se perceba que a mãe estabelece uma relação (responsabilidade/posse) com seu filho numa perspectiva tal que esta passa a significar a possibilidade de crescimento/amadurecimento.

Melhor, eu me senti mais segura, feliz, estou gostando (Mariana, 19 anos).

Senti bem, a gente coloca uma vida no mundo, a pessoa se sente assim, mais madura, mãe (Tainá, 17 anos).

Me senti realizada, foi um sonho que eu realizei. Eu passei por um sofrimentozinho, mas compensou (Isabela, 19 anos).

Por ele ter nascido prematuro foi uma sensação ruim, [...] mas por ser mãe é bom demais, sei lá, é tão bom. É uma sensação que... é uma coisa que é só sua e ninguém toma, que ninguém toma (Bárbara, 19 anos).

Desde a gravidez, a mulher já começa a estabelecer um relacionamento afetivo com o seu bebê, a ter sentimentos positivos sobre ele, e passa a identificar-se profundamente com o filho. Nesse sentido, o nascimento do bebê, desejado consciente ou inconscientemente, é bastante festejado pela mãe. “Os laços afetivos mãe-filho começam a se desenvolver durante a gravidez, bem

antes do nascimento. Para a mãe e o recém-nascido, é após o nascimento que começa uma interação recíproca; este apego fortalece-se a cada momento”^(13:171).

A maternidade pode representar para essas jovens uma passagem para a vida adulta, com aquisição de mais responsabilidades. O fato de serem capazes de procriar e enfrentar as dificuldades do parto e do nascimento prematuro do filho na adolescência fundamenta esta sensação de plenitude, de felicidade.

Neste sentido, Luana deixa claro seu entusiasmo, por ter sido exposta a um desafio e haver saído vitoriosa diante dele.

Eu me senti tão feliz. Eu perdi muito líquido, aí, como o meu líquido estava abaixo do normal eu tive que fazer uma cesárea, porque ele estava correndo risco. Eu fiquei calma, eu não fiquei assim apavorada, não. Apesar dele ter nascido prematuro, se eu fosse demorar a ter ia perder ele, se eu ficasse com ele dentro eu poderia perder. O jeito que teve foi eu arriscar. Aí arrisquei e deu certo (Luana, 16 anos).

Apesar de não significar uma regra, é importante lembrar que, quando a mãe esteve de repouso ou internada na tentativa de prolongar sua gestação o máximo possível, os pais podem se sentir aliviados por saberem que conseguiram levar a gestação adiante e que, assim, contribuíram para aumentar as chances de sobrevivência de seu bebê. Para eles, então, o nascimento do bebê antes do termo, pode, por vezes, representar uma vitória⁽¹⁴⁾.

Em contrapartida ao depoimento de Luana, outros relatos demonstraram certo desapontamento de algumas adolescentes quanto ao parto e pelo fato de o nascimento dos seus bebês não haver ocorrido de acordo com suas expectativas.

Não me senti bem. Eu queria que ela nascesse no tempo normal (Mariana, 19 anos).

Ah, depois que ele nasceu foi maravilhoso, porque eu queria ter ele, mas antes, na hora da dor, eu não gostei muito, não (Suzana, 18 anos).

Eu nunca imaginei ter um filho prematuro. Para mim foi um choque. Assim que ele nasceu, eu senti tanta dor que desmaiei, não vi o bebê. Aí, depois eu cheguei no quarto, e perguntei o que era, e elas me disseram (Vanessa, 15 anos).

Ocorre um confronto entre a representação de um filho imaginário, esperado, que geralmente é idealizado desde a gravidez, ou mesmo antes dela, levando em conta o modelo cultural físico imposto pela sociedade, de que o bebê deve ser bonito e saudável, e o filho real, que acaba de nascer e se apresenta à mãe como um bebê prematuro ou doente.

Durante a gravidez o casal constrói imagens, sonhos e esperanças ao redor deste “ser” que eles imaginam com um rosto bonito, gordinho, saudável, ativo, perfeito. O nascimento de um recém-nascido enfermo, com alguma deformidade ou defeito congênito, ou prematuros bem pequenos e frágeis, vem desfazer este sonho, trazendo desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda^(12:171).

O nascimento prematuro provoca uma mudança em todos os planos familiares de um nascimento perfeito – a amamentação, os cuidados com o recém-nascido e alta hospitalar – criando uma realidade contraditória em relação àquela alimentada durante a gestação, circunstância que pode dificultar a aproximação dos pais e filhos⁽¹⁵⁾.

Portanto, é preciso encorajar as mães a revelarem esses sentimentos e a terem sensibilidade para perceber atitudes que demonstrem certo distanciamento dos bebês por parte delas, fazendo essa “rejeição” inicial dar lugar a um comportamento que indique aceitação e acolhida aos RN’s prematuros.

3.1.2 Sentimentos em relação ao RN

O parto prematuro desencadeia nas mães adolescentes primeiramente a preocupação com a sobrevivência do filho logo após o nascimento. A apreensão delas é visível em suas falas.

Ah, foi um desespero grande, eu pensava que ele já ia nascer morto porque ele

nasceu de cinco meses, aí, na hora eu me desesperei, só que ele não foi tão pequeno, aí deu tudo certo (Débora, 15 anos).

Ter ela lá, ela é muito importante para mim... Eu pensei que ela não ia se salvar; fiquei com medo, mas agora ela já está bem melhor (Júlia, 16 anos).

Na hora eu tive uma surpresa porque eu nunca esperava nascer antes do tempo, ela era pra outubro e nasceu em agosto. Aí eu fiquei meio assim, porque nascer antes do tempo, né? (Mariana, 19 anos).

Inicialmente, a principal preocupação dos pais é com a sobrevivência de seu bebê quando ele nasce antes do termo. Caso existam sentimentos de culpa, eles aumentarão a ansiedade. Os pais temem que o nascimento antecipado de seu bebê decorra de algo que tenham feito ou deixaram de fazer durante a gestação⁽¹⁴⁾.

O impacto do nascimento do bebê pré-termo causa estranhamento da mãe em relação ao filho, dificultando a aproximação e o contato entre os dois nos primeiros momentos após o nascimento. “Diante da complexidade do nascimento pré-termo e das angústias que o bebê desperta, a mãe precisará se recuperar desta primeira experiência, para, posteriormente, voltar-se ao bebê, a aos poucos poder se apropriar dele”^(16:95).

Vencido este primeiro momento, as mães adolescentes são, pois, tomadas por sentimentos de tristeza e dor diante dos problemas de saúde apresentados pelos bebês, e lamentam sua imaturidade, que aparece para elas como uma ameaça constante à vida deles. Além disso, é possível perceber ainda uma sensação de impotência das mães por não poderem intervir e restabelecer a saúde dos filhos.

Eu fiquei meio triste porque ela ficou com uns problemas de respiração, mas agora está tudo bem [...] porque ver uma criança nessa situação é triste. Só a pessoa sendo a mãe da criança que dá para sentir assim na pele o que é isso (Tainá, 17 anos).

Evidencia-se que a realidade cotidiana de ter um filho internado na UTIN é representada pelas mães como uma experiência mais dolorosa

do que elas imaginavam – misto de dor, tristeza, frustração e medo – sendo produto da (re) significação, por parte das mães, sobre o bebê esperado, a constatação do filho real⁽¹⁷⁾.

[...] ainda fico emocionada quando eu penso nele... Fico triste, mas emocionada pelo nascimento dele. Eu não sei por que ele nasceu prematuro, eu não sei (Érica, 19 anos).

Sem compreender muito bem por que a gestação não foi levada a termo, as mães passam a se questionar, a buscar explicações para justificar o momento que vivenciam.

As mães apresentam, também, sentimento de “culpa” pelo fato de o filho ter nascido prematuramente ou com problemas de saúde; é a sensação de não terem conseguido gerar uma criança de termo e saudável, muitas vezes procuram do uma justificativa para o ocorrido^(16:168).

Em meio a uma situação de incerteza, de dúvida quanto à recuperação do filho, os sentimentos de esperança e fé afloram como uma forma de impulsionar e/ou encorajar a mãe para o enfrentamento da doença do filho. A religião aparece como uma tábua de salvação ou como uma oportunidade existencial nova⁽¹⁸⁾.

Pra mim, eu não gostei muito, não, porque eu estava esperando ele ser uma criança normal, não sabia que ele ia nascer com tantos probleminhas. A gente fica assim meio triste, mas é entregar nas mãos de Deus, só é Deus que sabe o que é que vai fazer (Suzana, 18 anos).

Apesar dessa realidade de tristeza, encontrou-se uma adolescente, em especial, que exibiu verdadeiro deslumbramento em relação ao filho, deixando claro o quanto estava encantada com seu bebê, conforme mostra sua fala.

Por mim eu passava a noite aqui, virava a noite, eu amanhecia, dormia, amanhecia, dormia, olhando meu filho (Bárbara, 19 anos).

Para Bárbara, parecia inacreditável que seu filho estivesse vivo, e mostrava-se impres-

sionada com a tecnologia, que permitia a sobrevivência de um bebê com idade gestacional de 26 semanas. Durante a entrevista, ela confidenciou que a morte do bebê ao parto foi anunciada a ela como certa, e, por isso, considerava o nascimento do filho um milagre.

Desse conjunto de sentimentos que emergem das mães, é possível perceber uma característica que, inclusive, transcende ao ser humano e parece estar arraigada à figura materna – o relacionamento mãe-bebê – passo inicial para “construção” do sujeito (a criança) que então inicia sua vida.

3.2 O relacionamento com o bebê

A mãe elabora com sua criança uma estrutura vincular desde a gestação, que, no caso da prematuridade, passa a ser também mais um foco de crise logo após o nascimento, em decorrência da necessidade de quebra da relação apenas iniciada e que pode ser traduzida como a separação do filho.

O bebê prematuro muitas vezes exige cuidados intensivos logo após o nascimento, sendo levado para a UTIN precocemente, o que ocasiona o afastamento da mãe desde suas primeiras horas de vida. As adolescentes exibem certa frustração por essa falta de contato maior com o bebê e pela necessidade de permanência dele na UTIN.

[...] ele tá lá do outro lado, e eu não tô assim pertinho dele... Eu não peguei ainda nem nele. Não peguei (Érica, 19 anos).

Eu me senti mal porque não pude ver assim que nasceu, só fui ver no outro dia, e aí eu soube que ia passar uns dias aqui, estava com um problema, um resguardo meio sem filho, então não foi muito legal (Laís, 19 anos).

Eu não gostei muito porque ele está na UTI. Um pouco ruim, porque eu queria que ele tivesse vindo com nove meses, e tivesse ido pra casa, sendo tratado em casa e não aqui (Bianca, 19 anos).

Nesta estrutura vincular de relacionamento materno, está implícita a necessidade de posse do filho pela mãe e pelo exercício do cuidado;

não o cuidado técnico-científico, mas sim um mais rudimentar e especial de **estar-com**.

O período imediatamente após o nascimento é identificado como fase sensitiva, durante a qual os eventos que ocorrem têm o potencial para influenciar o desenvolvimento do apego. Parece que muitos processos são ativados para lançar a mãe para seu bebê, durante os primeiros dias de vida. Manter a mãe e o bebê juntos logo após o nascimento parece iniciar e estimular a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos, que provavelmente vinculam os pais aos bebês⁽¹⁹⁾.

Assim, a falta dessa interação da mãe com o bebê, neste período crítico, pode comprometer sobremaneira o desenvolvimento futuro de ambos. Portanto, a ligação afetiva deve ser entendida como um moto-contínuo, e incentivada sempre.

[...] a enfermagem das unidades neonatais deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e bebês prematuros, visando estabelecer o vínculo e apego, tendo em mente que esse é um processo gradual que pode levar mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós-natal^(19:540).

A permanência dos bebês na UTIN, comumente, é bem superior ao período de internação das mães no puerpério. Assim, as adolescentes vivenciam uma separação ainda maior de seus filhos por ocasião da alta hospitalar, haja vista que, durante sua internação nas instituições, elas podem visitar os bebês nas unidades neonatais com maior frequência. Suzana sinaliza a angústia sentida pelas mães neste momento com sua fala:

[...] espero que ele se recupere logo, porque eu vou embora e vou deixar ele aqui. A pior coisa que tem (Suzana, 18 anos).

Após a alta, as mães adolescentes passam a estabelecer uma rotina de visitas diárias aos hospitais, o que para elas é muito desgastante e assustador, pois se somam, então, as alterações anatômicas e fisiológicas sofridas em seu corpo com as psicológicas que vão desde a sensação de quebra/invasão do relacionamento e sentimentos que daí emergem, passando pela incorpo-

ração da responsabilidade pelo filho, chegando finalmente a incerteza quanto à situação de instabilidade clínica deste.

[...] a gente não está mais aqui, já saiu. A gente vem com o coração na mão. Porque sempre quando a gente chega aqui de manhã, quer alguma notícia boa, e nem sempre é boa, às vezes é ruim (Débora, 15 anos).

Foi um choque pra mim porque eles não foram direto para os meus braços, não mamaram, vieram pra cá. Aí, no dia que a mulher disse que eu estava de alta eu chorei muito porque eu tinha que ir e deixar eles aqui. Eu, todo dia, chorava, ainda hoje choro [...] (Kaylane, 19 anos).

A mãe, que vai para casa e chega só, sem seu bebê, experimenta um sentimento de vazio, de perda. É uma mãe cujo filho não está presente, não pode ser visitado por todos e cujas condições clínicas não permitem que ela desempenhe os cuidados de maternagem. Pode pensar que os profissionais (que cuidam de seu filho) exercem mais o papel materno do que ela própria⁽²⁰⁾.

Uma das entrevistadas deixou transparecer um pouco de culpa, associando sua ausência à piora de sua filha, mostrando-se retraída durante a entrevista, com um olhar distante, enquanto afirmava:

Aí, hoje, ontem, eu não vim, quando eu cheguei as meninas disseram que ela tinha piorado (Rebeca, 16 anos).

Com efeito, uma das formas de a mãe tentar minimizar seu distanciamento é, na medida em que lhe é dada a oportunidade ou que se sinta segura, participar dos cuidados ao seu filho.

As emoções e os sentimentos da mãe são intensos ao ver ser filho recém-nascido lançado no mundo da UTI. Um dos sentimentos que aflora quando algo de mal acontece com o filho, é a sensação de culpa, pois este está relacionado com a responsabilidade pelo ser do outro^(18;284).

A mãe, quando não consegue estabelecer uma comunicação de maneira eficaz com a equipe, nem acompanhar os cuidados, pode não en-

tender por que seu bebê apresenta momentos de piora clínica relacionados a sua prematuridade, considerando-se até negligente caso ocorra qualquer problema durante o tratamento de seu filho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reação das adolescentes ante o nascimento prematuro de seus filhos demonstra a surpresa ocasionada pela chegada inesperada de um bebê pré-termo, bem como pela necessidade de cuidados intensivos que ele demanda. A complexidade da circunstância que vivenciam, e para a qual não estavam preparadas, se reflete na expressão de sentimentos contraditórios de felicidade e dor.

Evidenciou-se que a maternidade trouxe alegria para as adolescentes, sendo considerada como uma experiência prazerosa, enquanto o parto prematuro foi relatado por elas como algo desagradável.

Os sentimentos em relação aos bebês, especificamente, revelaram-se contraditórios, pois a felicidade em tê-los anda junto à tristeza em vê-los atravessando situações-limite entre a vida e a morte. Acredita-se que, ao entender os sentimentos que as mães carregam consigo, é possível afastar medos, incertezas, insegurança, prestar apoio em momentos de desânimo e/ou tristeza, bem como reforçar atitudes positivas quanto à recuperação dos bebês.

Possivelmente, uma maior disponibilidade das equipes que atuam nas UTIN em ouvir e orientar as mães resolveria, ou amenizaria estes problemas. No entanto, mesmo aqueles profissionais que têm consciência da importância de intermediar essa relação mãe-bebê, encontram dificuldades por serem insuficientes em número para executar os incontáveis afazeres diários dentro das unidades, e acabam consumindo boa parte do tempo que poderiam disponibilizar às famílias realizando procedimentos meramente técnicos, o que é lamentável.

Assim, uma estratégia interessante seria o desenvolvimento de um trabalho de educação em saúde voltado para as mães nas unidades neonatais, visando torná-las cientes do modo como podem contribuir/agir concretamente no cuidado dos bebês, para que estas não sejam remetidas a um véu de incertezas e conjecturas, assim como de sentimentos ruins.

Outra iniciativa interessante seria a criação de uma programação diária, com atividades diversas que permitisse um relacionamento terapêutico com/entre o grupo de mães de bebês prematuros, promovendo a integração entre elas e ocupando o tempo delas, transformando a triste realidade que elas vivenciam em algo proveitoso, enriquecedor.

As adolescentes são separadas de seus bebês em dois momentos: logo após o parto, pela necessidade de cuidados intensivos imediatos dos RN's, e quando elas recebem alta hospitalar, deixando os bebês nas UTIN e retornando à casa, o que ocasiona uma mudança nos hábitos de vida, marcada pelas visitas frequentes às UTIN.

O amor de mãe supera as adversidades que se apresentam, e todos os investimentos estão voltados para o bebê, para sua recuperação. O que pareceu mais doloroso para as adolescentes foi o fato de não poderem permanecer nas instituições em tempo integral após sua alta. Compreende-se que, infelizmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) não destina verba necessária às instituições para custear os gastos com a estada destas mães, e que talvez, até em termos de estrutura física para acomodar todas elas, esta proposta seja inviável. O auxílio financeiro para gastos pessoais com transporte e alimentação, entretanto, já parece uma iniciativa bastante animadora no intuito de propiciar os encontros entre a mãe e o bebê, e que deve ser buscado pelas instituições que não o possuem.

Este estudo, além de fomentar pesquisas que investiguem mais o tema, teve o intuito de convidar os profissionais de enfermagem que atuam em neonatologia, em especial, para que estejam atentos e acompanhem as mães adolescentes que experimentam o nascimento prematuro de seus bebês, buscando estratégias para fortalecer o vínculo entre eles, aperfeiçoando cada vez mais seu cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1 Aquino-Cunha M, Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J, Andrade T. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2000;24(8):513-9.
- 2 Crespo MTP, Sasad H. Gravidez na adolescência. Revista de Atenção Primária   Saúde 2000;3(5):45.
- 3 Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Revista de Saúde Pública 2001; 35(1):74-80.
- 4 Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. Revista de Saúde Pública 2000;34(2):136-42.
- 5 Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Revista de Saúde Pública 2003;37(5):559-65.
- 6 Holanda ACOS, Silva MGC. Estratégia para promover o desenvolvimento e prevenir morbidade em recém-nascido pré-termo. Revista de Pediatria do Ceará 2002;3(3):110-6.
- 7 Chagas NR. Ser mãe adolescente de beb  pré-termo: desvelar de sentimentos [monografia de Especialização em Enfermagem Neonatológica]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004. 41 f.
- 8 Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3  ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 9 Leone CR, Ramos JLA, Vaz FAC. O recém-nascido pré-termo. In: Marcondes E. Pediatria básica. 8  ed. São Paulo: Sarvier; 1999. v. 1. p. 333-8.
- 10 Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2  ed. Florianópolis: UFSC; 2002.
- 11 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3  ed. São Paulo: Atlas; 1996.
- 12 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de  tica em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 13 Cuidado centrado na família. In: Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 2  ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 171-6.
- 14 Aspectos psicoafetivos. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde,  rea da Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso: módulo 2. Brasília (DF); 2002. p. 25-65.

-
- 15 Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem 2004; 25(1):89-97.
- 16 Gomes ALH. Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. Revista Estilos da Clínica 2001;6(10): 89-100.
- 17 Belli MAJ, Silva IA. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI neonatal. Revista Enfermagem UERJ 2002; 10(3):165-70.
- 18 Moreno RLR, Jorge MSB, Moreira RVO. Vivências maternas em unidade de terapia intensiva: um olhar fenomenológico. Revista Brasileira de Enfermagem 2003;56(3):282-7.
- 19 Rocha SMM, Simpionato E, Mello DF. Apego mãe-filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. Revista Brasileira de Enfermagem 2003;56(2):125-9.
- 20 Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. Revista Latino-americana de Enfermagem 2003;11(4):444-52.

Endereço da autora/Author's address:
Natália Rocha Chagas
Rua Dom Joaquim, 442, Centro
60.110-100, Fortaleza, Ceará
E-mail: nataliarocha.ce@superig.com.br

Recebido em: 26/04/2006
Aprovado em: 14/09/2006
