

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>

GESTAÇÃO, PARTO, NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE MÃES

Ângela Maria Naidon¹, Eliane Tatsch Neves², Andressa da Silveira³, Caroline Felix Ribeiro⁴

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Maternidade, Hospital Casa de Saúde. Docente do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: angelanaidom@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eliane.neves@ufsm.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: andressadasilveira@gmail.com

⁴ Acadêmica de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFSM. Bolsista Iniciação Científica Fundo de Incentivo à Pesquisa UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: caroline.f.r@outlook.com

RESUMO

Objetivo: descrever a trajetória do parto, nascimento e internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal.

Método: pesquisa qualitativa desenvolvida com 25 mães de recém-nascidos internados na terapia intensiva neonatal. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, abordando questões do pré-natal à internação do bebê. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.

Resultados: a trajetória apontou complicações na gravidez, gestação não-planejada e a não vinculação com o profissional com quem estava realizando o pré-natal; necessidade de deslocamento para o parto e condições do nascimento revelaram importante impacto na vivencial das mães.

Conclusões: Foram características da trajetória destas mulheres o início tardio do pré-natal e a fragilidade de vínculo com o profissional que realizou o pré-natal. Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para o parto culminou com o impacto de um nascimento de risco e internação na terapia intensiva.

DESCRIPTORIOS: Recém-nascido. Assistência à saúde. Enfermagem neonatal. Saúde da mulher. Parto.

GESTATION, DELIVERY, BIRTH AND HOSPITALIZATION OF NEWBORNS IN NEONATAL INTENSIVE THERAPY: MOTHER'S REPORT

ABSTRACT

Objective: to describe the trajectory of the delivery, birth and hospitalization of the newborn in a neonatal intensive care unit.

Method: a qualitative research developed with 25 mothers of newborns hospitalized in neonatal intensive care. The data collection was carried out in the months of August to October 2014, through a semi-structured interview, addressing prenatal issues when the baby was hospitalized. The data were submitted to a thematic content analysis.

Results: the trajectory pointed to complications in the pregnancy, unplanned gestation and non-attachment to the professional with whom they were caring for in the prenatal period; the need for displacement for the childbirth and birth conditions revealed an important impact on the mothers' experience.

Conclusions: It were characteristics of the trajectory of these women the late onset of the prenatal care and the fragility of the bond with the professional who performed the prenatal care. In addition, the difficulty of access to health services for the childbirth culminated in the impact of a risk birth and hospitalization in intensive care.

DESCRIPTORS: Newborn. Health care. Neonatal nursing. Women's health. Childbirth

GESTACIÓN, PARTO, NACIMIENTO E INTERNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS EN TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE LAS MADRES

RESUMEN

Objetivo: describir la trayectoria del parto, nacimiento e internación del recién nacido en la unidad de terapia intensiva neonatal.

Método: investigación cualitativa desarrollada con 25 madres de recién nacidos internados en terapia intensiva neonatal. La recolección de datos se realizó en los meses de Agosto y Octubre del 2014 por medio de entrevistas semiestructuradas sobre asuntos del prenatal hasta la internación del bebé. Los datos fueron sometidos al análisis del contenido temático.

Resultados: la trayectoria mostró complicaciones en la gravidez, gestación no-planeada y la no vinculación con el profesional con el que estaba realizando el prenatal. También, la necesidad de traslado para el parto y condiciones del nacimiento rebelaron un importante impacto en la vivencia de las madres.

Conclusión: Las características de la trayectoria de estas mujeres fueron el inicio tardío del prenatal y la fragilidad del vínculo con el profesional que realizó el prenatal. Además, la dificultad de acceso a los servicios de salud para el parto culminó con el impacto de un nacimiento de riesgo e internación en terapia intensiva.

DESCRIPTORES: Recién nacido. Asistencia para la salud. Enfermería neonatal. Salud de la mujer. Parto.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho caracteriza-se como um momento marcante na vida das mulheres/mães, pois representa a transição do papel da mulher, que passa a ter a incumbência de ser mãe. Esse acontecimento ocorre por meio do parto, que, por sua vez, é um processo que causa mudanças fisiológicas e psicológicas rápidas e intensas na mulher, possibilitando a saída da criança do corpo materno para vir ao mundo.¹

Esse momento requer assistência ao parto e nascimento, a qual é pautada nos princípios da humanização. Nessa lógica, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem por objetivo cuidar da saúde da mulher, desde o período singular da gravidez até o parto e o puerpério, bem como da saúde da criança.²

Todavia, algumas vezes, o nascimento pode vir acompanhado de intercorrências que podem levar o recém-nascido (RN) a necessitar de terapia intensiva. Entre as mais comuns, encontram-se a anóxia neonatal e os distúrbios respiratórios relacionados à prematuridade.³⁻⁴ Essas intercorrências interferem diretamente nas taxas de morbimortalidade neonatal e infantil.

A taxa de mortalidade infantil é um indicador que reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, assim como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. A melhoria neste indicador foi significativa, uma vez que, em 2000, a estimativa da mortalidade infantil no Brasil era de 29 mortes por 1000 nascidos vivos e, em 2015, foi de 13,82 mortes para 1000 nascidos vivos, representando uma queda de 48,2%. Contudo, existem desigualdades

em relação aos estados brasileiros, a exemplo disso, destaca-se o Amapá cuja mortalidade infantil é de 23,5, seguido pelo Maranhão (22,4) e Alagoas (20,9). A menor taxa é a do Espírito Santo (9,2), Santa Catarina (9,5) e Paraná (9,7) respectivamente.⁵

Coorte, sobre a mortalidade neonatal na Pesquisa Nascer no Brasil, revelou que os óbitos se concentraram nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (30,5%) do país, entre os recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer (81,7% e 82%). As regiões Sudeste, Centro-oeste e Sul apresentaram a maior proporção de óbitos de pré-termo. A prematuridade extrema representou 60,2% dos óbitos e muito baixo peso ao nascer 59,6%, com maiores proporções nas regiões Centro-oeste e Sudeste.⁶

Pesquisa realizada no Sul do Brasil apontou que, entre os recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em um período de cinco anos, 54,5% eram prematuros e, destes, 63% tiveram complicações no parto por causas respiratórias. Considera-se também que a prematuridade foi a principal causa de mortalidade dos neonatos dessa UTIN e a causa de internação em 54,1% dos nascimentos.⁷

A melhoria das taxas de morbimortalidade infantil e neonatal está diretamente relacionada à criação de políticas públicas específicas para a saúde da mãe e do RN. Destaca-se a Rede Cegonha, que é uma estratégia voltada para os princípios da humanização e assistência,⁸ com a qual mulheres, RN e crianças têm direito à ampliação do acesso ao serviço de saúde, acolhimento e qualidade do pré-natal, transporte para a realização do pré-natal e parto, vinculação da gestante à unidade de referência, realização de parto e nascimento seguros, acompanhante no parto, atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses e acesso ao planejamento reprodutivo.⁸

A internação e o tratamento especializado representam um desafio para os profissionais da saúde, sobretudo ao RN e seus pais. É necessário planejamento e infraestrutura assistencial adequada para os RNs de risco. As UTINs são indispensáveis para a sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco, porém elevados custos das internações e sequelas desenvolvidos revelam que a prevenção é a melhor opção.⁹

O enfermeiro, como profissional comprometido com a promoção da saúde, deve investir em melhores práticas de acolhimento à gestante, ao acompanhamento pré-natal com qualidade, contemplando as necessidades de saúde do binômio mãe-bebê. Nesse propósito, acredita-se em que a gestante deva ser atendida de forma adequada, minimizando os agravos à saúde do RN e assistência de qualidade à mãe e ao neonato.⁴

Nesse contexto, questionou-se o que acontece do pré-natal ao nascimento que justifique o fato de que um bebê que, a priori, deveria ter nascido saudável (gestação saudável - de baixo risco), tenha a necessidade de internação em terapia intensiva? Assim, este estudo teve por objetivo descrever a trajetória do parto, nascimento e internação de recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODO

Pesquisa com abordagem qualitativa desenvolvida com 25 mulheres que estavam com seus filhos internados em UTIN de um hospital de ensino, de médio porte e alta complexidade, referência no sul do Brasil. O serviço possui 18 leitos, distribuídos entre alto risco (leitos de 1-10) e risco intermediário (leitos de 11-18), sendo que destes, três são destinados para pacientes externos ou que necessitem de isolamento.

Foram critérios de seleção para a participação na pesquisa: mulheres mães de RN internados na UTIN que informaram ter realizado pré-natal na abordagem inicial da pesquisadora. Isto como uma informação autorreferida, apenas como critério de seleção. Não foi conferida a carteira de gestante das participantes, pois esta auto declaração de pré-natal também fez parte da análise. Atendendo a prerrogativa de ser um RN, a priori saudável, foram selecionadas mulheres que não estivessem em acompanhamento no pré-natal de alto risco da instituição - referência para a macrorregião.

Em visitas à UTIN, as mães que atendiam os critérios de seleção eram convidadas a participar da pesquisa e, mediante o aceite, as entrevistas eram

realizadas pela pesquisadora principal, em uma sala reservada, junto à UTIN. Foram gravadas em aparelho digital com a autorização prévia das mulheres, tendo uma duração média de 20 minutos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2014, por meio de entrevista, com a utilização de um roteiro semiestruturado, abordando, entre outras, questões relativas à realização do pré-natal, ao parto, ao nascimento e à internação do RN na UTIN. Posteriormente, foi realizada a dupla transcrição na íntegra e, em seguida, o material empírico, *corpus* da pesquisa, foi submetido à análise de conteúdo do tipo temática.

A análise temática é definida como a descoberta dos núcleos de sentido, que constituem uma comunicação em que a frequência de palavras e expressões possui algum significado para o objeto analítico. Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.¹⁰

O material empírico das entrevistas foi organizado em um quadro analítico em cujas colunas constavam o participante, a entrevista e o enunciado. Nesse quadro, foi feita a leitura e a identificação das unidades de significado, utilizando-se a codificação cromática, conforme os temas encontrados, destacando as unidades de significado de acordo com os objetivos do estudo, originando duas categorias temáticas: Complicações na gravidez, trajetória até o parto e condições do nascimento e Impacto da internação do filho recém-nascido na UTIN.

Para o desenvolvimento da pesquisa, seguiram-se as recomendações da Resolução 466/2012. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o número de CAAE 31103114.2.0000.5346. Utilizou-se o termo de consentimento em duas vias, ficando uma para a participante e outra para a pesquisadora. Para menores de 18 anos, utilizou-se o termo de assentimento, no qual consta a assinatura do responsável. A fim de preservar a identidade das mulheres, utilizou-se a letra M, referente à mãe, seguido de numeração ordinal, na sequência em que foram realizadas as entrevistas.

RESULTADOS

As participantes da pesquisa foram 25 mulheres que, em sua maioria, apresentavam idades entre 16 e 39 anos, de cor branca, com o ensino fundamental, casadas e/ou que viviam em união estável. A

renda familiar variou entre R\$545,00 a R\$1635,00, e somente oito delas trabalhavam formalmente. Entre as participantes, uma era tabagista, duas consumiam bebidas alcoólicas raramente, e a totalidade negou utilizar drogas ilícitas.

Sobre os dados gestacionais, 11 das participantes eram primigestas, e cinco já tiveram algum tipo de aborto. As consultas de pré-natal variaram entre três e 14, sendo que 18 realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação, e sete, no segundo trimestre de gestação.

Os RN totalizaram 26, com um caso de gemelaridade, sendo 19 do sexo masculino. Quanto ao tipo de parto, 19 nasceram por cesariana. A idade gestacional ao nascimento variou de 23 semanas e cinco dias a 41 semanas, sendo que 14 nasceram entre 37-41 semanas. As principais causas de internação na UTIN foram a síndrome do desconforto respiratório e a prematuridade. Ressalta-se que alguns recém-nascidos receberam mais de um diagnóstico médico no momento da internação.

A seguir, serão apresentadas as categorias que emergiram a partir da análise temática das entrevistas em relação à trajetória do parto, às condições do nascimento e à internação na UTIN.

Complicações na gravidez, trajetória até o parto e condições do nascimento

O não planejamento da gestação foi relatado por grande parte das participantes do estudo, em especial entre as adolescentes:

Ah, fiquei apavorada. Porque, não era como se diz. Não era planejada, mas depois fiquei feliz, gostei, fui assimilando (M21).

E daí a minha irmã, ela olhou pra minha barriga e disse que estava muito grande. Aí ela pediu pra eu fazer um teste de farmácia, fiz e foi o dia que eu descobri que estava grávida (M14).

A falta de informação em relação ao planejamento da gestação bem como o início do pré-natal é identificada:

Era uma gravidez planejada já né, eu parei de tomar os anti [anticoncepcional]. (Mãe 1)

Foi em março, com 12 semanas (M2).

Ah, já estava com uns quatro meses já (M7).

Eu já estava com três meses eu acho (M13).

Foi dois dias antes de eu fazer esse ultrassom que apareceu com vinte e uma semanas (M15).

Uma das participantes descobriu a gravidez com três meses e somente realizou a primeira

consulta aos seis meses de gestação. Quanto ao momento em que realizaram a primeira consulta de pré-natal, este variou de quatro semanas até 21 semanas.

A atenção ao pré-natal é relevante no que se refere à diminuição da morbimortalidade materna neonatal e aos nascimentos prematuros. A importância de iniciar o pré-natal nas primeiras semanas, período em que ocorrem várias transformações do embrião para o feto. Ter realizado o pré-natal conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde foi um critério inicial e consta no projeto original, porém durante a coleta de dados foi alterado, pois percebeu-se que as mulheres relatavam ter feito o pré-natal, da mesma forma que relataram ter planejado a gestação somente pelo fato de ter deixado de tomar a pílula anticoncepcional, por exemplo. Então, este passou a ser um fator de análise e o número de consultas não foi considerado.

A fragilidade ou a não vinculação com o profissional com quem estava realizando o pré-natal, foi um dos fatores que interferiu na continuidade do atendimento:

Ele [o médico] verificava a pressão, fez o exame na barriga, o toque, fez a da fita, aquela para ver quantos centímetros estava e a pressão estava sempre normal (M2).

Foi com as enfermeiras [o pré-natal]. Ah, tinha aquela coisa de sempre, conversar parece uma coisa que a gente não sabe. Elas ficam conversando, depois passa numa sala para ouvir os batimentos cardíacos do nenê, mas demora muito, é muito demorado (M8).

Eles mediam a barriga, escutavam o coração, é o que elas faziam. Só nos últimos meses que eles faziam aquele exame de toque sabe (M9).

Ela só me examinou, apalpou pra ver como é que estava o útero, pediu exames. Aí na próxima consulta sim, que foi receitado ácido fólico, exames de sangue, HIV, hepatite, tudo que é transmissível. Os exames deu tudo bem (M17).

As atitudes dos profissionais não são entendidas como algo importante ou que fez sentido, para elas.

Quanto ao caminho percorrido por elas para darem à luz a seus filhos, tem-se os seguintes enunciados:

Eu liguei para a mãe ficar comigo, aí a mãe disse tem alguma coisa anormal porque as dores eram de 10 em 10 minutos, procuramos um posto de saúde [...] e daí me encaminharam para cá [hospital de referência], porque eu já estava em trabalho de parto e com dilatação só que ela não pôde nascer normal, porque ela estava sentadinha (M1).

Arrebentou a bolsa de manhã, aí eu fui [cidade mais próxima], fiquei lá para fazer os exames, tudo o doutor me examinou. Como arrebentou a bolsa e eu não senti mais dor, ele me encaminhou para cá para poder ganhar, porque o hospital tinha que ter uma UTI para o bebê [...] Fizeram exame e mandaram para o quarto, eles [médicos] examinavam de hora em hora, no domingo fizeram a cesárea com 30 semanas e uns dias (M2).

Para M7, o caminho incluiu o deslocamento de outro município distante 80 Km:

Nós viemos do hospital da [nome do município] [...] lá, o outro médico [...] fez o exame de toque e estava com quatro dedos de dilatação e a bolsa tinha rompido em casa. Aí ele mandou pra cá (M7).

Ainda sobre o deslocamento, vê-se que ele continua, mesmo após o nascimento do bebê:

Ele [trabalho de parto] foi induzido, com 39 semanas. Porque, a princípio queria que fosse de parto normal, porque a minha primeira foi. Porque eu tinha certeza que ia dar tudo certo com a segunda também. Daí cheguei ao hospital às 07 e 35 horas do dia 9 me colocaram soro. Nove e quarenta e cinco rompeu a bolsa, daí fui para sala de parto. Daí chamaram a doutora que disse que o recém-nascido estava com uma volta do cordão no pescoço, não dava mais tempo de fazer cesárea, tivemos que fazer ela nascer. Aí tivemos que vim pra cá [hospital de referência à 64 km da cidade de origem] porque deu uma parada respiratória (M25).

A pesquisa foi realizada num hospital que recebe muitos casos com intercorrências durante a gestação, por ser referência para a região central do estado, já que possui uma unidade de terapia intensiva neonatal. Em algumas situações, o parto é realizado na cidade de origem da mãe, mas o RN, por necessitar de cuidados especializados, é transferido para uma UTIN de referência.

Algumas participantes residiam em cidades do interior, em geral sem muitos recursos, sendo normalmente avaliadas por médicos plantonistas que são clínicos gerais. Isto tornava a situação ainda mais angustiante para essas mulheres. Trata-se de um momento em que elas se encontravam inseguras com a situação, com a possibilidade de transferência para outra cidade.

Em relação à escolha do tipo de parto, as situações de risco, se impuseram deliberando a necessidade da cesariana, conforme segue:

Estourou a bolsa em casa [...]. Daí eu cheguei [...] de madrugada, eles fizeram os exames, escutaram o coraçãozinho e viram que ele estava meio paradinho, daí me passaram pra cesariana (M4).

Foi quando diagnosticaram diabetes, pré-eclâmpsia

e daí me falaram que eu ia precisar ir para a cesárea (M5).

O trabalho de parto começou de manhã, eu estava tentando ganhar normal. Mas, daí começou a diminuir a frequência cardíaca do nenê. Aí eu tive que fazer cesárea (M16).

Eu internei aqui, [...] aí cheguei no ultrassom e me deram um susto, porque ela falou que o nenê estava totalmente sem água. E já me deu a notícia que eu ia fazer a cesárea naquela tarde (M20).

Os relatos apontaram que as condições clínicas do bebê e da mãe determinaram o tipo de parto. Assim, a cesariana foi prevalente nesses casos por se tratar de parto em situações de risco, e a mulher não teve participação no processo de decisão, impondo-se um parto de risco para preservar a vida de ambos, mãe e filho. Quanto ao momento do parto, as mulheres enunciaram:

Foi tranquilo, teve que ser meio ligeirinho, mas foi tranquilo (M4).

Minha reação foi tranquila, porque ela [médica] me deu todas as informações (M5).

Eu quase morri. Diz que eu fiquei toda roxa assim, porque eu não aguentava mais de tanta dor que eu sentia. E eu ia pra baixo do chuveiro e voltava e mandavam eu fazer massagem, não consegui dormir (M12).

Mesmo diante de situações de risco durante a parturição, mulheres relataram que consideraram o parto tranquilo.

Quanto às questões relacionadas ao nascimento, as participantes enunciaram:

Eu senti muita dor, muita dor o tempo todo. Na cesárea. Não sei por que, também o nervosismo por eu saber que ele não resistiria devido às semanas de gestação. Eu entrei em estado de choque. Foi cruel (M22).

O doutor anotou duas cesáreas prévias, que não podia ser parto normal. Aí eles me internaram pra fazer à cesárea, porque eles sabiam que eu não ganhava parto normal (M24).

Devido às complicações ocorridas durante o trabalho de parto, algumas dessas mães ficaram traumatizadas com o processo de nascimento. Para elas, naquele momento, o principal pensamento era o bem-estar do RN, independente da dor que estavam sentindo. Em um dos relatos, a mãe conviveu, durante o parto, com a possibilidade de óbito de seu filho, devido à gravidade em que ele se encontrava. Algumas mães ainda desconheciam a informação de que as gestações podem se apresentar de formas diferentes e que há riscos, mesmo que a gestação não tenha tido intercorrências.

Impacto da internação do filho recém-nascido na UTIN

O impacto da internação do filho RN em uma UTIN foi enunciado pelas participantes:

Ele estava com muita dificuldade para respirar sozinho (M3).

Quando fizeram o teste da glicose e já estava baixando muito (M5).

Por causa do esôfago, a médica explicou que ele tinha um desvio (M9).

Porque ela estava com baixo peso (M14).

Porque ela estava amarelinha (M16).

Os motivos que demandaram a internação dos RNs na UTIN foram diversos e, dependendo do problema, foi uma internação rápida, o que tranquilizou, de certa forma, mãe e familiares. Alguns desses RNs já estavam na maternidade junto à mãe e necessitaram ser transferidos para a UTIN.

Acerca do momento em que as mulheres souberam da necessidade de internação do filho na UTIN, seguem os seguintes depoimentos:

Depois que ele nasceu [...] (M4).

No momento que eu internei já me avisaram [...] (M6)

Foi no segundo dia de vida dele, apareceu no exame que ele estava com amarelo (M10).

No momento em que ele nasceu, porque ele não chorou (M24).

Algumas mães foram comunicadas da necessidade de internação do bebê na UTIN no momento do nascimento do seu filho, enquanto outras já haviam sido informadas previamente devido às intercorrências durante a gestação, principalmente nos casos em que a esta foi interrompida.

Ao saber da necessidade de internação do filho na UTIN, as mães reagiram de várias formas, como segue:

Foi bem complicado, pois eu já tinha passado por isso antes (M3).

Quando eu vi ele todo cheio de aparelho e coisa, precisou ser entubado, eu fiquei muito desesperada (M7).

Eu fiquei desesperada (M18).

Eu fiquei bem assustada (M20).

As mães sabendo que seus filhos teriam que ir para UTIN, relataram desespero, medo e tristeza. Uma das mães relatou que já teve outro filho internado na UTI, por isso encontrava-se fragilizada e insegura quanto à vida de seu filho. Algumas mães sentem-se culpadas, por verem seus filhos

nessa situação, sendo acompanhadas por angústias e aflições.

Em relação à necessidade de separação precoce entre mãe e bebê devido à internação na UTIN, elas relataram:

Ele ficou uns minutinhos comigo, depois eles resolveram que ele tinha que ir para a UTI (M4).

Quando ela nasceu foi para o berço aquecido e as gurias me disseram que ela estava com dificuldade para respirar [...] daí eu fui para o quarto (M5).

Porque eu não tinha visto na hora [...] ele nasceu, daí eles pegaram e levaram assim ligeiro (M12)

Percebem-se situações que dificultaram o início da constituição do vínculo das participantes com seus filhos, devido à separação precoce pela instabilidade clínica destes.

DISCUSSÃO

O planejamento e/ou desejo de uma gestação não são sinônimos, mas a intenção está diretamente relacionada ao contexto pessoal. Já o planejamento reprodutivo está situado no âmbito comportamental, pois adota medidas centradas na concepção e somente existirá na medida em que há o desejo e/ou a intenção.¹¹

A assistência pré-natal, por sua vez, tem como objetivo reduzir a morbimortalidade maternofetal. Esta redução depende tanto dos cuidados recebidos no período gestacional quanto da assistência recebida no momento do parto.¹²

O Brasil apresenta elevadas taxas de cesariana como um problema de saúde pública, prevalecendo a ideia de que a responsabilidade pelo crescimento das cesarianas é dos profissionais e que as mulheres brasileiras preferem o parto vaginal.¹³

Estudo desenvolvido em 2014 aponta que em São Paulo a taxa de cesáreas ultrapassa 40%, sendo ainda maior nos serviços privados que atingem 88%, o que torna o Brasil um dos países com maiores taxas de cesáreas.¹⁴ As cesarianas devem ser realizadas quando o parto vaginal coloca em risco a saúde da mãe e do bebê, é uma alternativa que pode ser preventiva ou quando surgem complicações durante o parto. Contudo, no contexto internacional, ou no Brasil, em instituições privadas de saúde, as mães podem solicitar uma cesariana em vez de um parto vaginal, e a tendência para cesarianas eletivas está crescendo.¹⁵

No que tange à prematuridade, em um estudo desenvolvido em Joinville/SC sobre as características maternas e do RN associadas à internação em

UTI neonatal verificou-se que os RN prematuros, representaram 41,6% dos internados e um risco três vezes maior do que os RN a termo.⁹

Diante das demandas de atenção às mulheres, ressalta-se a importância do atendimento diferenciado, considerando que o momento do parto é único e singular. Estudo desenvolvido com mulheres na Jordânia sobre a assistência ao parto em 2014 identificou que 75,6% das mulheres estavam insatisfeitas com o cuidado intraparto. Essas taxas são similares em países em desenvolvimento, e podem estar relacionadas com os aspectos culturais no modelo de cuidado das maternidades.¹⁶

Considera-se, ainda, fundamental acolher as mulheres no parto. Desta forma, é essencial adotar estratégias para divulgar as vantagens do parto vaginal, ofertar atividades educativas sobre parto vaginal de forma a instrumentalizar a mulher e sua família em sua decisão sobre a via de parto.¹⁷

Assim, a cesariana é um procedimento cirúrgico desenvolvido com o intuito de reduzir o risco de complicações maternas e fetais durante a gravidez e o parto que, dado não ser inócua e acarretar implicações e riscos para o futuro reprodutivo da parturiente, não deve ser levado a cabo na ausência das indicações médicas descritas.¹⁸

Durante a gestação a mulher expressa sentimentos e receios ambivalentes relacionados ao parto. No Brasil, existe um aumento considerável de cesarianas e há falta de orientação em relação à escolha do tipo de parto. Alguns fatores podem influenciar nessa decisão, entre eles a natureza social, cultural, econômica, física e psicológica das mulheres.¹⁹⁻²⁰ No caso das mulheres deste estudo, em sua maioria, não puderam participar deste processo decisório devido à situação de risco em que se encontravam.

As características das trajetórias dessas mulheres remete à necessidade de se buscar por uma assistência pautada na humanização do cuidado, incluindo a noção de acolhimento, capacidade de escuta e comunicação. Também a necessidade de que os serviços de saúde elaborem estratégias que garantam acesso e o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, tendo em vista as necessidades e as singularidade das gestantes, com vistas a qualificar a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.²¹

No Brasil, a atenção à saúde dos RNs tem sofrido influência do desenvolvimento científico, traduzido pelos vários equipamentos tecnológicos, além de técnicas e procedimentos utilizados na assistência.²² Sequelas vinculadas a morbidades

podem ser muitas vezes incapacitantes e de longa duração. Quando o nascimento é antecipado, o RN é exposto a riscos, ou por sua imaturidade fisiológica ou por já estar em sofrimento intrauterino.²³ Estudo desenvolvido em Cuiabá/MT apontou que entre os óbitos neonatais, as causas que tiveram destaque, foram o número inferior a sete consultas pré-natais, a prematuridade e o baixo peso.²⁴

Nos partos prematuros, por vezes, o RN precisa de atendimento imediato na sala de parto antes de ser encaminhado à UTIN, e o contato físico, pele a pele, com a mãe é adiado em decorrência das condições do filho e de rotinas institucionais. Esta separação, normalmente, é total no primeiro dia e parcial nos dias subsequentes.²⁵

A partir do momento em que recebem a notícia de que seu filho necessitará de atendimento especializado, em uma UTIN, os pais são surpreendidos por outros sentimentos além daqueles gerados pelo nascimento de um bebê de risco. Surge o desespero, a angústia e a insegurança quanto ao futuro que, repentinamente, se torna incerto e ameaçado pelo medo e pela culpa de deixar seu filho hospitalizado em uma UTIN e não levá-lo para casa.²⁶

Sabe-se que o contato entre mãe e filho deve ser o mais precoce possível, pois estimula uma série de eventos fisiológicos e comportamentais, contribuindo de forma positiva para ambos. No caso de internação da criança na UTIN, esse contato fica comprometido, e muitas dúvidas acerca da sobrevivência da criança são, muitas vezes, associadas a sentimentos de incapacidade, culpa e medo.²⁷

A hospitalização em UTIN insere o RN em uma atmosfera inóspita, em que há exposição ao estresse e a dor é comum devido a terapias complexas. Verifica-se que, à beira do leito, as mães apresentam-se assustadas e curiosas ao observarem o ambiente físico repleto de aparelhos e sons, talvez desconhecidos. Ao poderem ver seus filhos, no entanto, seu olhar se transforma em afeto. Esse momento é de fundamental importância para estabelecer o vínculo mãe-bebê.²⁸

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontaram como principal característica da trajetória dessas mulheres, o não planejamento da gestação, o início tardio do pré-natal e a falta de vinculação com o profissional que realizou o pré-natal. A seguir, esta trajetória foi demarcada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde para atender seu parto com segurança e culminou com o nascimento de risco e

seu impacto quando estas mulheres mães passaram por situações de risco, inesperadas e temeram pela vida do seu filho e delas próprias.

O impacto da internação do filho na UTIN trouxe sofrimento e tristeza, restringindo o contato direto e imediato com a mãe devido a necessidade de internação em UTIN, dificultando a formação de vínculos e o sucesso do aleitamento materno.

Como implicações para a prática de enfermagem e saúde destacam-se a necessidade de educação em saúde desde o planejamento da concepção, a importância do vínculo desde o pré-natal e o direito de receber informações dos profissionais de saúde acerca das condições de sua gestação e a probabilidade de necessitar de um serviço de terapia intensiva. A transferência, quando necessária, deve ser realizada de forma adequada e rápida. Isso trará tranquilidade para a mulher e sua família e, ao mesmo tempo, confiança na equipe que a assiste.

Como limitações do estudo aponta-se a pesquisa ter sido realizada em um cenário que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde; e ainda devido ao fator emocional da mãe no momento da entrevista vinculado a internação do filho na UTIN.

REFERÊNCIAS

1. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 04]; 18(2):262-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. *Cadernos Humaniza SUS vol.4* Brasília (DF): MS; 2014.
3. Heringhaus A, Blom MD, Wigert H. Becoming a parent to a child with birth asphyxia-From a traumatic delivery to living with the experience at home. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2013 Apr 30 [cited 2017 Jul 04]; 8:1-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3643077/pdf/QHW-8-20539.pdf>
4. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 04]; 21(2):269-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200003&lng=en&nrn=iso&tlng=en
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Taxa de mortalidade infantil segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2013 [cited 2017 Jul 04]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 04]; 30(Suppl 1):S192-207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
7. Pieszak GM, Neves ET, Canterle IR, Magnago TSBS, Arrué AM, Silveira A. Mortalidade de neonatos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal do sul do Brasil. *Evidentia* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 04]; 10(44). Available from: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/viewFile/5947/pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Atenção à Saúde do Recém-Nascido, guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): MS; 2011.
9. Mucha F, Franco SC, Silva GAG. Frequência e características maternas e do recém nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina- 2012. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 04]; 15(2):201-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0201.pdf>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2015.
11. Kavanaugh M, Schwarz EB. Prospective assessment of pregnancy intentions using a single-versus a multi-item measure. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009; 41(4):238-43.
12. Cezar JÁ, Mendoza SRA, Gonzalez CDA, Mano OS, Goulart FSM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):985-94.
13. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. Deciding the route of delivery in brazil: themes and trends in public health production. *Texto Contexto Enferm* [Internet], 2016 [cited 2017 Jul 04]; 25(1):e35720014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
14. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 04]; 30(Suppl 1): S101-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>
15. Reisz S, Jacobvitz D, George C. Birth and motherhood: Childbirth experience and mother's perceptions of themselves and their babies. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2015 Mar-Apr [cited 2017 Jul 04]; 36(2):167-78. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.21500/abstract;jsessionid=53E6AE53473D40887164386316324F8D.f04t01>

16. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, Gamble J, Creedy D. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International Nurs Review* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 04]; 61(2):278-84. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12102/abstract>
17. Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 04]; 19(1):75-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00075.pdf>
18. Ministério da saúde (BR). *Gestação de alto risco, manual técnico*. 5ª ed Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF) 2012.
19. Santana FA, Lahm JV, Santos RP. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Rev Fac Ciênc Méd* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 04]; 17(3):123-7. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/21337/pdf>
20. Roveri LL, Fonseca MRCC. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto em uma maternidade no interior de São Paulo. *Rev Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 04]; 10(3-4):8-21. Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2172/1850>
21. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 04]; 38(103):805-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400805&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
22. Costa R, Padilha MI, Monticelli M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 04]; 44(1):199-204. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a28v44n1.pdf>
23. Piovesan LR, Silveira DL, Andres B, Neves ET, Lopes LFD. A morbimortalidade e a caracterização das demandas de cuidados de recém-nascidos procedentes de Santa Maria internados na UTI Neo do HUSM no ano de 2002. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 04]. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/20878/pdf>
24. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 04]; 34(4):91-7. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40003/28558>
25. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 04]; 16(2):219-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/02.pdf>
26. Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Correa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 04]; 17(1):46-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>
27. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI neonatal sob a ótica das mães. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 04]; 12(4):698-704. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7130/8492>
28. Schmidt KT, Terassi M, Marcon SS, Higarashi IH. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 04]; 66(6):833-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/04.pdf>

Correspondência: Eliane Tatsch Neves
Av. Roraima SN, Prédio 26, Sala 1336
97105-900 - Camobi, Santa Maria, RS, Brasil
E-mail: eliane.neves@ufsm.br

Recebido: 16 de fevereiro de 2017
Aprovado: 12 de setembro de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).