

Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário

Mother's feelings and perceptions of the obstetric-neonatal care in an a terciary level teaching hospital

Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo ¹
 Juliana Bottino ²
 Silvia Regina Marchioni Scudeler ³
 Maria Regina Bentlin ⁴
 Cleide Enoir Petean Trindade ⁵
 Gimol Bezaquen Perosa ⁶
 Antonio Rugolo Junior ⁷

^{1,4,5,7} Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual de São Paulo. Distrito de Rubião Junior, s.n. Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP: 18.618-970

^{2,3} Faculdade de Medicina de Botucatu. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual de São Paulo, SP, Brasil

⁶ Departamento de Neurologia. Faculdade de Medicina de Botucatu. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual de São Paulo, SP, Brasil

Abstract

Objetivos: to evaluate mother's (adults and adolescents) feelings and perceptions about their infants and the obstetric-neonatal care in a terciary level teaching hospital.

Methods: cross-sectional survey. 180 mothers were interviewed two and three days postpartum, in the maternity wards and nurseries of the Hospital das Clínicas-Faculdade de Medicina de Botucatu and distributed in three groups: adult multiparous, adult primiparous and adolescents. χ^2 test or Fisher test were used to compare groups and wards, $\alpha = 5\%$.

Results: obstetric ultrasound and cardiotocography had positive impacts on maternal emotion. Small differences were determined between the three groups related to their feelings before and following delivery. Prevalent feelings were: love, happiness, responsibility, anxiety and fear. Guilt was frequent among adolescents in the maternity wards. Mothers' perception of babies, their evaluation of postnatal care and caregivers were the same for adult and adolescent mothers. In both maternity wards mothers and caregivers related well, mothers were happy with the neonatal care they were receiving and with their caregivers; however breast feeding was not valued enough and few mothers knew who their doctors were.

Conclusions: a more humane approach for mothers and newborns is taking place at the university hospital but some aspects could be improved on specially pertaining to focus on breastfeeding and a more personal contact between doctors and patients.

Key words Perception, Adolescent, Emotions, Postnatal care, Maternal and child health

Resumo

Objetivos: avaliar percepções e sentimentos de puérperas adultas e adolescentes, relacionados ao filho e a assistência materno-infantil, em hospital universitário de nível terciário.

Métodos: estudo transversal, envolvendo 180 puérperas, no Alojamento Conjunto (AC) e no Berçário Interno (BI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, entrevistadas no segundo e terceiro dia pós-parto e distribuídas em três grupos: adultas primíparas, adultas múltíparas e adolescentes. Para comparação entre grupos e locais de internação utilizou-se o χ^2 ou teste de Fisher.

Resultados: ultrassom obstétrico e cardiotocografia tiveram impacto positivo na emoção materna. Houve pouca diferença entre os grupos quanto aos sentimentos antes e após o parto, sendo felicidade, amor, responsabilidade, ansiedade e medo os mais frequentes. A culpa predominou nas adolescentes do BI. As percepções relacionadas ao filho, a avaliação da assistência e equipe, não diferiram entre adultas e adolescentes. Nas duas enfermarias o relacionamento entre mães e cuidadores foi bom, as mães mostraram-se satisfeitas com a equipe e a assistência, mas o aleitamento materno foi pouco valorizado e poucas mães conheciam o médico.

Conclusões: está ocorrendo um processo de humanização na assistência materno-infantil deste hospital universitário, mas alguns aspectos precisam ser melhorados, especialmente a valorização do aleitamento materno e a individualização no contato médico-paciente.

Palavras-chave Percepção, Adolescente, Emoções, Cuidado pós-natal, Saúde materno-infantil

Introdução

Os avanços tecnológicos e científicos ocorridos nas últimas décadas na área perinatal propiciaram grandes mudanças na assistência materno-infantil, gerando novos recursos diagnósticos, preventivos e terapêuticos. Houve conseqüente melhoria nos resultados perinatais, principalmente no aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros.¹

Para cumprir seu papel de centro de referência a gestantes e recém-nascidos de alto-risco, um Hospital Universitário terciário disponibiliza ao máximo os recursos tecnológicos e as equipes multiprofissionais altamente especializadas e habilitadas a prestar assistência em todos os graus de complexidade, o que significa que o enfoque primordial da assistência ao parto e ao recém-nascido está voltado para garantir a segurança ao nascimento, ou seja "a intervenção na prevenção e/ou tratamento de doenças", com pouca ênfase em participar e oferecer suporte emocional a um evento ímpar de celebração de vida, que tem conotação social e psicológica: o processo normal e fisiológico do nascimento.²

Nesse contexto assistencial complexo está ainda vinculada outra característica de um Hospital Universitário: o ensino. Isto faz com que a assistência seja prestada por equipes amplas em sistema de rodízio, envolvendo professores, alunos, residentes e/ou estagiários de medicina, da enfermagem, da fisioterapia, da psicologia, entre outras áreas da saúde. Essa multiplicidade de profissionais pode dificultar o estabelecimento e adequação do vínculo paciente-cuidadores, despertando na gestante ou puérpera sentimentos de desorientação e ansiedade, dificuldades em encontrar a pessoa certa na hora certa e em adaptar-se a cada um dos cuidadores.³

Outra peculiaridade das últimas décadas é a mudança no perfil reprodutivo da mulher, com importante aumento de gestação na adolescência, não havendo ainda consenso na literatura quanto ao significado disso nos resultados perinatais, embora exista evidência de pior evolução nos filhos de mães adolescentes, incluindo problemas no desenvolvimento e na aprendizagem.⁴ Essa realidade preocupa, pois em 2001 o percentual de mães adolescentes no Estado de São Paulo foi de 19,2% e a Região de Saúde de Botucatu (DIR 11) apresentou a segunda maior taxa do estado, com 24,5% de mães adolescentes.⁵

A avalanche de novas práticas e tecnologias introduzidas nas últimas décadas trouxe a preocupação com seu uso abusivo, desnecessário e indevido, bem como gerou o questionamento sobre a

efetividade das mesmas. Surgiram então, a partir do final da década de 90, várias publicações questionando o modelo "médico" de assistência ao parto e ao neonato, e apresentando as vantagens do modelo holístico ou social para a assistência ao parto de baixo risco.^{2,6-7}

Em 1996 a World Health Organization (WHO)⁸ reavaliou as práticas assistenciais ao nascimento normal, com base nas evidências científicas e elaborou um manual: "Care in Normal Birth: a Practical Guide" recomendando o que deve e o que não deve ser feito na assistência ao parto, e valorizando a humanização nessa assistência.

Outro aspecto abordado em publicações recentes refere-se à avaliação da satisfação materna quanto à assistência recebida. A satisfação materna deve ser um desfecho a ser considerado na avaliação da qualidade e no planejamento de um Serviço de assistência materno-infantil. Portanto pesquisas sobre esse tema devem ser estimuladas.⁹

Existem vários instrumentos para avaliação da satisfação materna, como o "Maternity Services Assessment Questionnaire" (MSAQ), que avalia aspectos do período pós-parto e neonatal, o "Patient Satisfaction with Maternity Services Instrument" (PSI), que aborda aspectos técnico-profissionais e de relacionamento. Também o "Women's Experience of Maternity Care", conhecido como "Mason Survey", que avalia aspectos ante-natais, do nascimento, pós-natais e pós-alta, e que foi recentemente proposto em nova versão simplificada.¹⁰ Esses questionários resultam em escores que facilitam a análise dos resultados. Entretanto, satisfação é um conceito complexo, relacionado a vários fatores, tais como: estilo de vida, experiências adquiridas, expectativas futuras, valores individuais e sociais. Por isso, vários pesquisadores consideram que a satisfação pessoal não pode ser completamente avaliada com base em dados numéricos apenas.^{7,11-12} A preocupação em incrementar a humanização da assistência materno-infantil em um Hospital Universitário, empenhado na iniciativa "Hospital Amigo da Criança" e enfrentando dificuldades inerentes ao caráter terciário da Instituição, motivou esta pesquisa para os aspectos positivos e negativos da assistência materno-infantil, sob a ótica da clientela. Assim, este trabalho avaliou as percepções e os sentimentos de puérperas adultas e adolescentes, com relação ao filho e à assistência materno-infantil em um centro universitário de nível terciário, procurando identificar aspectos que precisam ser melhorados na humanização da assistência materno-infantil.

Métodos

Trata-se de um estudo prospectivo de secção transversal (cross sectional survey), realizado de março a junho de 2003, envolvendo puérperas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (UNESP), São Paulo, Brasil, e puérperas internadas na enfermaria de obstetrícia, com recém-nascidos internados no berçário interno dessa Instituição. O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da FMB-UNESP.

Analisaram-se comparativamente mães adolescentes, adultas primíparas e adultas múltíparas, de recém-nascidos de baixo risco (em alojamento conjunto) e de médio risco (do berçário interno), nos seguintes aspectos: sentimentos e atitudes com o filho, grau de informação e orientação recebidas, sentimentos e percepções relacionados à assistência recebida e equipe de saúde.

A despeito da existência de vários instrumentos para avaliação da satisfação materna, esses foram propostos e validados em países desenvolvidos onde a política de saúde, a cultura do povo e as características da assistência hospitalar são bem diferentes da nossa. Como o objetivo primário desta pesquisa foi conhecer nossa realidade, optamos por elaborar um instrumento contemplando as questões que nos preocupam em relação às percepções e sentimentos de nossa clientela de mães no Alojamento Conjunto (AC) e no Berçário Interno da Maternidade (BI), que são unidades de baixo e médio risco inseridas em um hospital de ensino de alta complexidade.

O instrumento de avaliação foi uma entrevista estruturada,¹² composta por 36 perguntas, dividida em três partes. A primeira delas visava à caracterização das mães (idade, procedência, constituição familiar e história gestacional). A segunda parte compreendia um conjunto de questões abertas, semi-abertas e fechadas, abordando sentimentos e percepções relacionados com a gravidez, o recém-nascido e a maternidade. A última parte focalizava a assistência materno-infantil. Como em algumas situações interessava conhecer não apenas a presença ou não do sentimento, mas também sua intensidade, algumas perguntas foram respondidas através de uma escala ordinal tipo Likert, em que as puérperas davam notas ao quesito. Em cada questão a ser respondida com uma nota, a puérpera era orientada quanto ao significado de cada nota: 0 = ausência, 3 = pouco, 5 = médio, 7 = muito e 10 = muito intenso.

A classificação socioeconômica materna foi avaliada pelo critério da Associação Nacional de

Empresas de Pesquisa (ANEP).¹³

As mães foram entrevistadas à beira do leito, entre o segundo e terceiro dias pós-parto, sempre pelo mesmo pesquisador, previamente treinado, que se apresentava à puérpera enfatizando não pertencer à equipe de assistência materno-infantil. Após o contato inicial, quando eram dadas as informações sobre os objetivos da pesquisa e tentava-se criar um clima de confiança, o entrevistador efetuava as perguntas de forma objetiva e anotava as respostas. Com base na proporção mensal de nascimentos de baixo e de médio risco nessa Maternidade, bem como na proporção de gestantes adolescentes (até 19 anos completos) e adultas, foi estimada uma amostra probabilística casual simples de 180 entrevistas, assim distribuídas: a) 90 mães do alojamento conjunto (AC): 30 adolescentes, 30 adultas primíparas e 30 adultas múltíparas e b) 90 mães do berçário interno (BI): 30 adolescentes, 30 adultas primíparas e 30 adultas múltíparas.

Os sujeitos do estudo foram selecionados a partir da visita diária do entrevistador na unidade neonatal, nos dias úteis da semana, e consulta aos prontuários dos recém-nascidos admitidos no dia, sendo incluídos os que preencheram os seguintes critérios: gestação única, parto ocorrido entre segunda e sexta-feira, recém-nascido sem má-formação congênita, anuência materna em participar e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Dentre todas as mães selecionadas, apenas duas não concordaram em participar. Não foram incluídos os nascimentos ocorridos em feriados e finais de semana, pois nesses casos existe atuação de equipes de plantão, o que poderia causar viés de seleção.

Foi realizada a comparação das proporções de respostas pelo teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher, entre os três grupos de mães em cada local de internação do RN, ou seja, no alojamento conjunto (AC): adultas múltíparas x adultas primíparas x adolescentes e no berçário interno (BI): adultas múltíparas x adultas primíparas x adolescentes. Também foram comparadas as respostas de cada grupo de mães entre os dois locais de internação: adultas múltíparas do AC x BI, adultas primíparas do AC x BI, e adolescentes do AC x BI. As diferenças entre os três grupos e entre os dois locais de internação foram consideradas significantes quando $p < 0,05$.

Resultados e Discussão

Todas as mães tiveram classificação socioeconômica média-baixa, com predomínio das classes C e D segundo critério da ANEP.¹³ Apenas três mães não

realizaram controle pré-natal e em 70% dos casos o pré-natal foi feito no serviço. A cardiocografia foi realizada em todas as gestantes e o ultra-som obstétrico em 93% dos casos. Dentre as múltiparas, 73% tinham de um a dois filhos prévios e 12% das

adolescentes tinham um ou mais filhos prévios.

Na Tabela 1 observa-se que a amostra estudada foi homogênea quanto às características maternas e gestacionais, refletindo o perfil da população atendida no Serviço.¹⁴

Tabela 1

Distribuição da amostra conforme as características maternas, gestacionais e neonatais.

Variáveis	Alojamento Conjunto (AC)			Berçário Interno (BI)			Estatística
	AM n = 30	AP n = 30	Ado n = 30	AM n = 30	AP n = 30	Ado n = 30	
Idade média (anos)	27	24	17	28	25	17	
União estável	27	23	16	30	23	15	♦BI p=0,016 * NS
Trabalho fora do lar	13	16	12	7	22	11	♦BI p<0,001 * NS
Gravidez planejada	13	20	11	14	18	9	♦NS * NS
Doenças na gestação	21	14	18	20	16	19	♦NS * NS
Desejam mais filhos	0	16	10	1	6	6	♦AC p<0,001 * AP p=0,016 (BI<AC)
RN de termo	24	30	25	21	19	20	♦AC p=0,031 * AP p<0,001 (BI<AC)
RN < 2500g	5	2	2	10	12	10	♦NS * AP e Ado p< 0,05 (BI>AC)
Apgar 1o min >7	25	25	29	21	20	19	♦NS * Ado p=0,004 (BI<AC)

AM = Adulta múltipara; AP = Adulta primípara; Ado = Adolescente; Comparações teste χ^2 : ♦ entre grupos de mães em cada local; * entre locais em cada grupo de mães.

Merece destaque a menor estabilidade conjugal das adolescentes ($p = 0,016$) e o fato de 12% delas já serem múltiparas (dado não apresentado na tabela). A ampla definição de adolescência, englobando mulheres com até 19 anos completos, pode justificar a multiparidade nesse grupo. A gravidez na adolescência é considerada um problema crescente de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, e preocupante quanto ao prognóstico gestacional, merecendo especial atenção em todo serviço de saúde. Os dados de literatura têm

mostrado grande variabilidade nas características psicossociais das gestantes adolescentes e no prognóstico de seus filhos a longo prazo,⁴ mas os resultados de estudos nacionais referentes ao prognóstico gestacional, neonatal e de amamentação no primeiro ano de vida, têm mostrado que as adolescentes conseguem desempenhar as funções maternas de cuidados e amamentação do filho, sem diferenças significantes em relação às mães adultas.^{15,16} Em nosso estudo, com exceção da falta de um companheiro, também não evidenciamos no

grupo de mães adolescentes, aspectos de preocupação quanto às características maternas, gestacionais e dos recém-nascidos.

Poucas mães manifestaram desejo de ter mais filhos, principalmente no BI, o que se entende por estarem vivenciando a situação de doença em seus filhos. Quanto às características dos recém-nascidos não evidenciamos aspectos de preocupação que levassem as mães a manifestar sentimentos negativos (Tabela 1). Houve maior proporção de recém-nascidos de baixo peso e de depressão neonatal no berçário interno, coerente com os critérios de internação nesta unidade, o que não significa que esses recém-nascidos estivessem gravemente doentes. Entretanto, há que se considerar que a necessidade de internação do recém-nascido em uma enfermaria, mesmo que não seja UTI, implica em separá-lo de sua mãe, o que pode ser traumático, independente da gravidade de sua doença.¹⁷

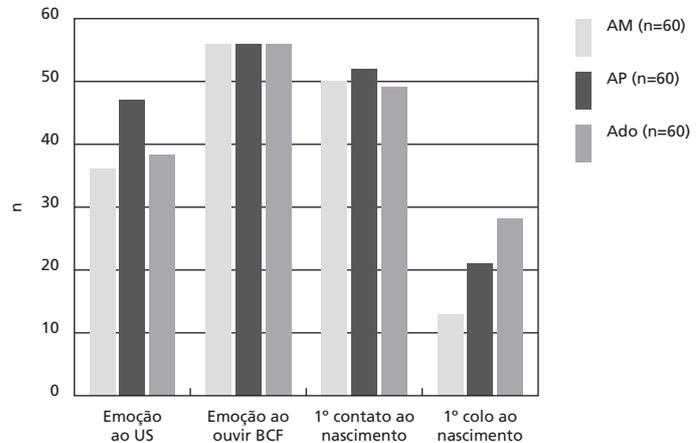
Cerca de 80% das mães, nos três grupos, manifestaram a intenção de assumir os cuidados com seus recém-nascidos. As poucas mães que não iriam cuidar do filho justificaram ser devido ao estudo ou necessidade de continuar trabalhando fora e tinham como primeira opção deixar a criança sob os cuidados das avós maternas, como segunda opção as tias ou amigas. Não houve relato de mães sobre colocar os bebês em creches, o que sugere a possibilidade de suporte familiar nos cuidados da criança, o que nos parece animador especialmente no grupo das adolescentes. Tal resultado é compatível com o estudo de Vieira *et al.*,¹⁶ que ao comparar filhos de mães adolescentes e de mães adultas, na cidade de Campinas, mostrou baixa utilização de creche no primeiro ano de vida: 19,5% das mães adultas e apenas 7,4% das adolescentes ($p = 0,005$).

A Figura 1 mostra que a maioria das mães (analisadas no conjunto AC + BI) ao ser questionada sobre o que sentiu ao realizar os exames do pré-natal, referiu sentir-se emocionada durante o ultra-som obstétrico e principalmente na cardiocotografia ao ouvir o batimento cardíaco fetal (BCF).

Os exames obstétricos como ultra-som e cardiocotografia, atualmente incorporados na rotina pré-natal, são de grande valor na identificação de várias condições de risco gestacional, assim como no fortalecimento do vínculo mãe-filho.^{18,19} Um estudo de revisão sistemática sobre o uso rotineiro de ultra-som tardio (após 24 semanas) em gestações de baixo risco não evidenciou aumento nas intervenções obstétricas e na morbidade iatrogênica, mas também não mostrou benefício na evolução perinatal; os autores destacam que dos sete estudos incluídos na metanálise, nenhum relatou os efeitos psicológicos

Figura 1

Assistência e sentimentos maternos.



AM = Adulta múltipara; AP = Adulta primípara; Ado = Adolescente; BCF = Batimentos cardíacos fetais

maternos dessa prática, sendo esse um campo para novas investigações.²⁰ Assim, quando as mães de nosso estudo relatam terem se emocionado durante a realização do ultra-som e especialmente da cardiocotografia, ao ouvir os batimentos cardíacos fetais, nos permite supor que essas práticas obstétricas possam facilitar o início do apego ao filho.

A importância do componente emocional na assistência à gestante, ao nascimento e ao recém-nascido tem sido enfatizada na literatura atual que clama pela humanização, e já está estabelecido em estudo de revisão sistemática que o suporte emocional durante o nascimento é benéfico para a mãe e o recém-nascido.²¹ Nesse sentido, um aspecto positivo nas normas de assistência neonatal em nosso Serviço é que todo o recém-nascido em boas condições de vitalidade deve ser colocado ao seio materno em sala de parto, desde que a mãe também esteja em boas condições.²² Verifica-se na Figura 1 que a maioria das mães dessa pesquisa teve o primeiro contato com o filho ao nascimento, mas poucas tiveram contato pele a pele mais prolongado e/ou oportunidade de segurar seu bebê no colo, o que seria ideal.

Procuramos conhecer quais são os sentimentos e percepções maternos relacionados ao filho, antes e após o parto e consideramos duas categorias: sentimentos positivos (emoção ao US, emoção ao ouvir os batimentos cardíacos fetais, amor, felicidade e

responsabilidade) e negativos (ansiedade, medo, insegurança, culpa, e vazio). Alguns sentimentos como ansiedade, medo, amor, felicidade e responsabilidade foram referidos pela maioria das mães como muito intensos. Insegurança e culpa não foram freqüentes e as notas atribuídas a esses sentimentos foram variáveis, portanto foram tabulados como presentes qualquer tenha sido a nota, desde que maior que zero.

A Tabela 2 mostra que antes do parto a ansiedade foi o sentimento mais freqüente em todos os grupos e nas duas unidades, referida por 81% das mães, destacando-se que a maioria apresentou esse sentimento de forma intensa (nota ≥ 7). O sentimento de medo esteve presente em mais de 50% de todos os grupos nas duas unidades, exceto nas adultas múltiparas do BI ($p = 0,017$). Aproximadamente metade das mães que referiram medo, pontuaram esse sentimento com nota ≥ 7 . A menor freqüência de ansiedade e medo durante a gestação detectada nas adultas múltiparas do BI pode refletir alguma experiência prévia positiva, propiciando maior tranquilidade à gestante. Ansiedade e insegurança são recorrentes em toda gravidez, por tratar-se de situação nova, com várias transformações corporais, sociais e novos papéis.²³ A falta de apoio social e os sentimentos de depressão e alta ansiedade na gestação prejudicam o estabelecimento do vínculo mãe-filho e merecem maior atenção da equipe de saúde.²⁴ Em um estudo com mulheres primíparas detectou-se que a ansiedade pós-parto tem efeitos deletérios a longo prazo na condição psicossocial da mãe e da criança.²⁵

O sentimento de culpa na gestação não foi freqüente, entretanto, chamou a atenção a freqüência desse sentimento entre as adolescentes do BI, com diferença significativa em relação às adultas (Tabela 2). A culpa da gestante geralmente está associada à falta de prevenção, à gravidez indesejada, e no caso das adolescentes somam-se ainda fatores de ordem moral e quebra de expectativas sociais, que nem sempre contam com o respaldo familiar ou de algum grupo de apoio.^{4,15,26}

Apesar de terem experimentado vários sentimentos negativos, praticamente todas as mães referiram terem sentido de forma intensa (nota ≥ 7) amor, felicidade e responsabilidade durante a gestação. Segundo Szezer e Steward,²³ a ambivalência é constitutiva do desejo humano e assim, mesmo a mulher que deseja ardentemente estar grávida, pode abruptamente querer assumir apenas seus papéis anteriores de filha e esposa.

Uma limitação de nosso estudo na avaliação dos sentimentos relacionados à gestação, foi o fato de entrevistarmos as mães após o nascimento e, portan-

to expostas a sentimentos e percepções pós-natais, o que poderia introduzir como fator de confusão o nascimento do filho com algum problema de saúde e internado no BI. Mas isso não parece ter ocorrido, pois foram poucas as diferenças significantes entre as respostas das mães do AC e do BI, sendo que apenas nas adultas múltiparas do BI comparadas às do AC houve maior freqüência de ansiedade após o parto ($p = 0,002$), embora tenham relatado menos medo durante a gestação ($p = 0,005$).

Nossos resultados provenientes dos grupos do AC e do BI mostraram que o nascimento do filho afetou os sentimentos e percepções maternos (Tabela 2). A ansiedade, tão freqüente durante a gravidez, foi menos referida após o nascimento do filho, principalmente pelas mães do AC, e dessa vez com interpretação mais positiva ("estou ansiosa para levar o bebê para casa"). O sentimento de medo foi menos freqüente após parto em todos os grupos, exceto nas adultas múltiparas do BI, que já apresentavam baixa freqüência desse sentimento antes do nascimento (30%), o que reforça a influência da experiência prévia.

Na prática diária considera-se que a mãe adulta múltipara, por sua experiência prévia, esteja melhor preparada para assumir os cuidados do recém-nascido, mas no aspecto emocional os resultados deste estudo alertam que essa experiência não significa maior tranquilidade materna. Ao contrário, se traduz em maior ansiedade frente ao recém-nascido com algum problema, e medo, se a experiência prévia foi ruim.

Dentre as 180 mães, o sentimento de insegurança foi referido por 34% antes e apenas 9% após o nascimento. Pode-se supor que a visão reconfortante do filho e a adequada orientação por parte da equipe de saúde aumentaram a segurança materna. Melnyk²⁷ mostrou que a adequada orientação materna por parte da equipe de saúde tem efeitos positivos na ansiedade da mãe e na sua participação durante a hospitalização da criança.

O sentimento de culpa foi raro após o nascimento e ocorreu principalmente nas mães do BI ($n = 15$) sendo 10 adolescentes ($p = 0,006$), enquanto que no AC ocorreram só cinco casos, sendo três adolescentes (Tabela 2). Isso se enquadra na seqüência evolutiva das emoções maternas frente aos recém-nascidos com problemas, prematuros e malformados. Em tais casos, as mães se culpam pelo temor de ter feito ou deixado de fazer algo, durante a gravidez, que possa ter prejudicado a criança e por vivenciar sentimentos contraditórios: esperança de sobrevivência, "luto antecipado" e mesmo desejo de morte.²⁶ Com relação às adolescentes, a maternidade nesse momento da vida representa uma transição

precoce e atípica na vida da mulher, que pode causar estresse e comprometer suas expectativas educacionais e profissionais futuras.^{4,15}

Na Figura 2 encontram-se as respostas maternas mais freqüentes nas questões abertas sobre percepções e sentimentos relacionados aos recém-nascidos. Um sinal importante da formação do vínculo mãe-filho já na fase fetal foi o fato da maioria dos recém-nascidos terem nome, e muitos receberam nome com

significado especial para a mãe, destacando-se os nomes bíblicos, de artistas e de jogadores de futebol. Embora não tenha havido distribuição preferencial quanto ao sexo, foi freqüente o nome "Vitória" entre os recém-nascidos do BI, traduzindo a expectativa materna quanto ao sucesso do recém-nascido em situação de risco, como já evidenciado em estudos prévios.^{19,28}

Tabela 2

Sentimentos e percepções maternos antes e após o parto.

Variáveis	Alojamento Conjunto (AC)			Berçário Interno (BI)			Estatística
	AM n = 30	AP n = 30	Ado n = 30	AM n = 30	AP n = 30	Ado n = 30	
Ansiedade antes	23	23	26	19	27	28	♦ BI p= 0,004 * NS
Ansiedade após	10	12	10	23	10	17	♦ BI p= 0,003* AM p= 0,002 (BI>AC)
Medo antes	21	16	19	9	19	18	♦ BI p=0,017* AM p= 0,005 (BI<AC)
Medo após	10	6	6	9	7	11	♦ NS * NS
Insegurança antes	13	14	10	7	11	6	♦ NS * NS
Insegurança após	2	1	3	2	4	4	♦ NS * NS
Culpa antes	2	5	6	1	4	13	♦ BI p< 0,001 * NS
Culpa após	1	1	3	1	4	10	♦ BI p = 0,006 *NS

AM = Adulta múltipara; AP = Adulta primípara; Ado = Adolescente; Comparações teste χ^2 : ♦ entre grupos de mães em cada local; * entre locais em cada grupo de mães.

As respostas à pergunta "como o bebê se comportou no colo pela primeira vez?", foram dadas com as mesmas palavras pela maioria das mães ("ficou quietinho"), o que denota o significado especial desse primeiro momento em que mãe-filho estiveram unidos fisicamente após o parto: momento importante de interação silenciosa e prazerosa entre mãe e filho, da percepção de controle do choro e conseqüentemente de fortalecimento do vínculo. Esse aspecto nos parece especialmente positivo nas adolescentes quanto à valorização de sua capacidade maternal.

Na questão sobre o que mais acalma o bebê, as respostas mais freqüentes, em todos os grupos e nas duas unidades, foram: "o colo" (61%) e "mamar no peito" (28%), o que mostra maior valorização do

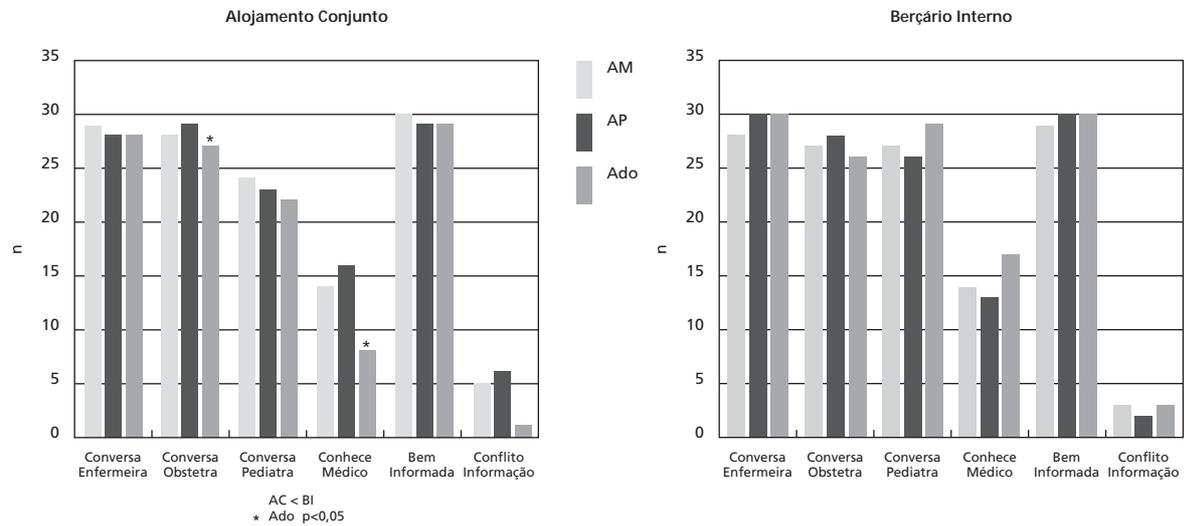
contato mãe-filho em relação ao aleitamento materno.

A importância do contato mãe-filho tem sido destacada nos estudos sobre o "Cuidado Gangurú", que mostram impacto positivo dessa intervenção na percepção de competência materna, embora os benefícios não sejam significativos quanto ao aleitamento materno.^{29,30}

A maioria das mães apontou como maior preocupação a saúde do filho, o que traduz sua preocupação concreta com o presente vivenciado. Essa preocupação foi mais evidente entre as mães do BI, com diferença significativa entre AC e BI nas adultas múltiparas, que talvez pela vivência prévia e/ou maior experiência, conseguem prever conseqüências futuras dos problemas atuais de seus filhos.

Figura 3

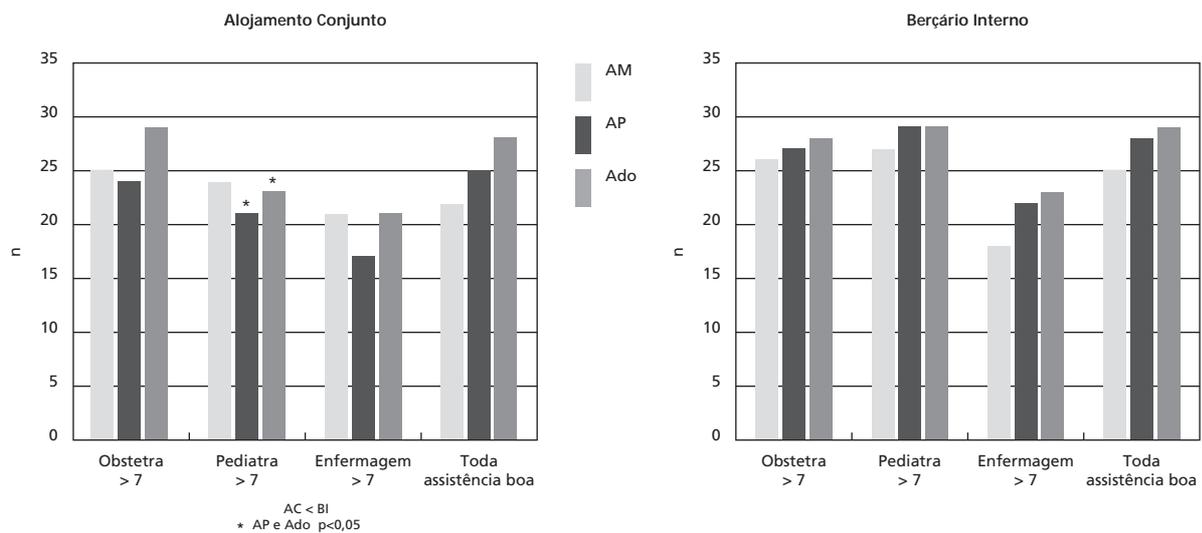
Avaliação materna da assistência recebida.



AM = Adulta múltipara; AP = Adulta primípara; Ado = Adolescente

Figura 4

Avaliação materna da assistência e notas dadas à equipe de saúde.



AM = Adulta múltipara; AP = Adulta primípara; Ado = Adolescente

Coerente com os vários aspectos positivos apontados pelas mães quanto à assistência, a maioria delas, nas duas unidades, deram notas boas (>7) para o obstetra, o pediatra e a enfermagem. A avaliação do pediatra foi melhor no BI do que no AC, o que pode indicar a maior valorização de quem cuida de pacientes com problemas, ou o melhor vínculo médico-paciente no BI.

A assistência ao recém-nascido foi considerada pela maioria das mães como boa em todos os aspectos (cuidados médicos e de enfermagem), e somente 3% mencionaram um aspecto que não lhes agradou: os procedimentos invasivos, representados basicamente por coletas repetidas de sangue do recém-nascido.

As avaliações de Serviços, realizadas por componentes da equipe de saúde, com pacientes internados em hospitais públicos precisam ser consideradas com cautela. A falta de críticas pode esconder o medo de discriminação pela instituição, ou pode querer traduzir gratidão pelo que está sendo oferecido.³² Em nosso estudo, apesar do entrevistador ter se apresentado como não pertencente à equipe, essa identificação pode ter ocorrido e essa discussão

deverá ser retomada em próximas pesquisas. A alternativa de coletar dados a partir de questionário auto-administrado, garantindo o anonimato, tem a desvantagem do baixo retorno, da dificuldade de compreensão de algumas questões e principalmente de expressar opiniões e emoções por escrito, nas questões abertas. No presente estudo, optou-se pela entrevista, que implica em contato face a face, propiciando um clima de confiança e suporte, fundamental para abordar situações que reativam fortes vivências emocionais.

A elevada frequência de aspectos positivos identificados pelas mães (estar bem informada e satisfeita, conversar com os médicos, ter pouco conflito de informações) sugere que há um processo de humanização em curso, na assistência materno-infantil no Centro terciário universitário observado. Alguns aspectos foram apontados neste estudo, tais como: o rodízio das equipes, a não identificação dos responsáveis pelo atendimento, a falta de valorização do aleitamento materno, a quantidade de procedimentos invasivos, que precisam ser equacionados para que possamos completar o processo de humanização em nosso serviço.

Referências

1. Horbar JD, Badger GJ, Carpenter JH, Fanaroff AA, Kilpatrick S, Lacorte M, Phibbs R, Soll RF. Trends in mortality and morbidity for very lowbirth weight infants, 1991-1999. *Pediatrics* 2002; 110: 143-51.
2. Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it? *Birth* 2002; 29: 79-82.
3. Janssen PA, Klein MC, Harris SJ, Soolsma J, Seymour LC. Single room maternity care and client satisfaction. *Birth* 2000; 27: 235-43.
4. Coren E., Barlow J. Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
5. Percentual de mães adolescentes (menores de 20 anos), segundo regiões de saúde, Estado de São Paulo 1994 a 2001. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/informacoessaude/dados_saude/html/dadossaudenascvivos_1 [2004 ago 10].
6. McCourt C, Page L, Hewison J. Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care. *Birth* 1998; 25: 73-80.
7. Callister LC, Vehvilainen-Julkunen K, Lauri S. Giving birth: perceptions of finnish childbearing women MCN. *Am J Matern Child Nurs* 2001; 26: 28-32.
8. WHO (World Health Organization). Technical Working Group. Care in normal birth: a practical guide. *Birth* 1997; 24: 121-3.
9. Mclia RJ, Morgan M, Wolfe CDA, Swan AV. Consumers views of the maternity services: implications for change and quality assurance. *J Public Health Med* 1991; 13: 120-6.
10. Johnson M, Langdon R, Yong L, Stewart H, Kelly P. Comprehensive measurement of maternal satisfaction: the modified mason survey. *Int J Nur Pract* 2002; 8: 127-36.
11. Hodges S. Challenges for birth-related research. *Birth* 2000; 27: 281-5.
12. Kerlinger FN. Foundations of behavioral research. 2. ed. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1973.
13. ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa). Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: A Associação; 1997.
14. Adam ML. Análise das medidas antropométricas de recém-nascidos de Botucatu e suas relações com alguns fatores maternos [dissertação mestrado]. Botucatu: Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista; 2002.
15. Silva MGF. Gravidez na adolescência. Aspectos biopsicossociais [dissertação mestrado]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1998.
16. Vieira MLF, Pinto e Silva JLC, Barros Filho AA. Amamen-

- tação e alimentação complementar de filhos de mães adolescentes. *J Pediatr [Rio de J]* 2003; 79: 317-24.
17. Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol* 2002; 4: 205-13.
 18. Roegiers L. Medicine foetale: du monitoring à la relation. *Neuropsychiatry Enf Adolesc* 1996; 44: 634-41.
 19. Tarelho LG, Perosa GB. O desenvolvimento do apego mãe-filho em grávidas, após o anúncio de uma má-formação fetal. *Rev Paul Pediatr* 2001; 19: 79-83.
 20. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane review). In: *The Cochrane Library* 2003; (3). Oxford: Update Software.
 21. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*; 2003 (3). Oxford: Update Software.
 22. Rugolo LMSS, Daher SR. O recém-nascido normal e patológico. In: Universidade Estadual de São Paulo. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Pediatria. *Condutas em pediatria*. 2.ed. Rio de Janeiro: EPUB; 1999. p. 41-52.
 23. Szezer M, Steward R. Nove meses na vida da mulher. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. Cap. 2 e 3.
 24. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol* 1997; 70: 359-72.
 25. Barnett B, Schaafsma MF, Guzman AM, Parker GB. Maternal anxiety: a 5-year review of an intervention study. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32: 423-38.
 26. Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Jorge SM. Suporte psicológico no desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento <1500g: na UTI e no seguimento longitudinal. *Temas Psicol* 1999; 7: 245-62.
 27. Melnyk BM. Coping with unplanned childhood hospitalization: effects of informational interventions on mothers and children. *Nurs Res* 1994; 43: 50-5.
 28. Rabinovitch EP, Santos NG, Oliveira DC, Siqueira AAF. Atribuição de nomes próprios em neonatos. *Bol Psicol* 1991; 41: 23-30.
 29. Conde-Agudelo A, Dias-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Cochrane review). In: *The Cochrane Library* 2002 (1). Oxford: Update Software.
 30. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002; 110: 16-26.
 31. McCourt C, Page L, Hewison JMA, Vail A. Evaluation on one-to-one midwifery: women's responses to care. *Birth* 1998; 25: 73-80.
 32. Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello-Filho J, editor. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 45-63.

Recebido em 22 de março de 2004

Versão final apresentada em 15 de agosto de 2004

Aprovado em 27 de agosto de 2004