

Recebido: 09.06.2021
Aceito: 28.09.2022

Como citar
este artigo

Lima SES, Maia RS, Torres HTM, Macêdo MGM, Maia EMC. Caracterização Sociodemográfica e de Saúde de Mães com Neonatos na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Paul Enferm. 2022;33:A11. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2022v33a11>

Caracterização Sociodemográfica e de Saúde de Mães com Neonatos na Unidade de Terapia Intensiva

Sociodemographic and Health profiling of Mothers with Neonates in Neonatal Intensive Care Unit

Caracterización Sociodemográfica y de Salud de Madres con Recién Nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Sebastião Elan dos Santos Lima^I ORCID: 0000-0001-6710-438X

Rodrigo da Silva Maia^{II} ORCID: 0000-0002-8400-058X

Hemily Taina de Melo Torres^{III} ORCID: 0000-0003-1914-3995

Maria Gabriella Madruga de Macêdo^{III} ORCID: 0000-0003-2495-8902

Eulália Maria Chaves Maia^{III} ORCID: 0000-0002-0354-7074

^I Universidade Federal do Rio Grande do Norte - FACISA, Departamento de Psicologia. Santa Cruz, RN, Brasil

^{II} Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE, Brasil

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia. Natal, RN, Brasil

RESUMO

Objetivo: Compreender os fatores sociodemográficos e de saúde das mães e dos neonatos hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal e como eles influenciam durante a hospitalização. **Método:** O estudo é quantitativo e transversal realizado com 90 mães em uma maternidade de referência no estado do Rio Grande do Norte. Aplicou-se um questionário sociodemográfico e de saúde, para análise dos dados utilizou-se da estatística descritiva com distribuição de frequências e médias. **Resultados:** A maioria das participantes reside no interior do estado, são domésticas ou desempregadas de baixa renda familiar, com união estável/casadas, nível de escolaridade mediana e sem experiências anteriores com filho na UTI neonatal. **Conclusão:** Os perfis das mães evidenciam uma população que necessita de uma assistência com informações claras e horizontalizadas, requerendo uma articulação com apoio familiar e assistencial para promoção de um período hospitalar menos traumático, com garantia e concretização dos direitos a um cuidado humanizado, de qualidade e equitativo.

Descritores: Mães; Prematuridade; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Objective: To comprehend the sociodemographic and healthier factors in mothers and neonates hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit and how it influences during hospitalization. **Method:** The study is quantitative and cross-sectional carried out with 90 mothers in a reference maternity in Rio Grande do

Autor
Correspondente



Sebastião Elan
dos Santos Lima

sebastiaelan@outlook.com

Norte state. It was applied a sociodemographic and health questionnaire, to analyze the data it were used descriptive statistics with frequency and average distribution. **Results:** Most participants live in countryside of the state; they are housewives or low family income unemployed, in a stable union/married, with medium level of education and no previous experience with an infant in neonatal ICU. **Conclusion:** The profiles of the mothers show a population that needs assistance with clear and horizontal information, requiring an articulation with family and assistance support for the promotion of a less traumatic hospital period, with guarantee and concretization of the rights to a humanized, quality and equitable care. **Descriptors:** Mothers; Premature; Intensive Care Units Neonatal.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los factores sociodemográficos y de salud de las madres y recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales y cómo influyen durante la hospitalización. **Método:** El estudio es cuantitativo y transversal realizado con 90 madres en una maternidad de referencia en el estado de Rio Grande del Norte. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y de salud, para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva con distribución de frecuencias y medias. **Resultados:** La mayoría de los participantes viven en el campo, son amas de casa o están desempleadas con bajos ingresos familiares, en una relación estable/casada, con un nivel de educación medio y sin experiencias anteriores con su hijo en la UTI neonatal. **Conclusión:** Los perfiles de las madres muestran una población que necesita de atención con informaciones claras y horizontales, requiriendo una articulación con el apoyo familiar y asistencial para promoción de un período hospitalario menos traumático, con garantía y concretización de los derechos a un cuidado humanizado, de calidad y equitativo. **Descriptor:** Madres; Prematuridad; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase de transição existencial geradora de fortes emoções e ambivalência afetiva, se caracterizando como um período de grande significado e mudanças para a mulher. Por vez, o nascimento de um filho pode se apresentar como a concretização de um sonho, com necessidade de adaptações e ajustamentos a essa nova realidade ⁽¹⁾.

O cuidado nos primeiros dias de vida exige da mulher a percepção do apoio e suporte da equipe de saúde e da família. Esse suporte deve ser intensificado quando ocorre o nascimento prematuro do bebê, ou seja, quando o parto ocorre antes da 37ª semana de gestação, com conseqüente hospitalização do recém-nascido (RN) na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ⁽²⁾.

A prematuridade é uma das principais causas de óbitos neonatais e mortalidade infantil e, conseqüentemente, um problema de saúde pública ⁽²⁻⁴⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cada ano temos cerca de 15 milhões de nascimentos de neonatos prematuros, sendo essa a principal causa de mortes em crianças com menos de 5 anos. Referente aos dados de mortalidade no ano de 2015, aproximadamente 1 milhão de crianças morrem a cada ano em decorrência de complicações da prematuridade ⁽⁵⁾.

O nascimento prematuro é uma condição que possui alto índice de letalidade, geradores de ansiedades, medos e inseguranças maternas. Com a internação do RN na UTIN, muitos pais, ao terem a percepção consciente do risco da perda, podem passar por um processo de pouco investimento emocional, com sofrimento característico de um luto antecipatório com sentimento de tristeza e preparação em virtude da possibilidade de morte do neonato ⁽⁶⁻⁸⁾.

A mãe, enquanto cuidadora principal, permanece maior tempo na maternidade acompanhando o filho, portanto é preciso que se tenha um olhar mais cuidadoso para suas necessidades e compreensão de sua realidade sociofamiliar. Elas deparam-se com rotina hospitalar, distância

de familiares, risco de morte do bebê, dentre outros elementos considerados estressores que impactam no seu bem-estar durante a hospitalização^{6, 9-10}.

Portanto, objetiva-se compreender os fatores sociodemográficos e de saúde das mães e dos neonatos hospitalizados na UTIN e como eles influenciam durante a internação do RN. Para isso é necessário buscar uma construção de perfil dessas mulheres que são assistidas nessa maternidade de referência no estado do Rio Grande do Norte, uma vez que essas variáveis se fazem presentes, comprometendo, muitas vezes, ao favorecer ou dificultar a assistência da equipe de saúde e a permanência dessa puérpera na maternidade.

Por fim, a relevância em identificar essas características das puérperas se faz necessário, uma vez que durante os cuidados hospitalares devem ser considerando o contexto particular dessas mães, para que suas necessidades sejam satisfeitas, e, conseqüentemente, seja fortalecida sua rede de apoio social e a vinculação entre a mãe com a equipe e o apego materno-filial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com mães de neonatos prematuros hospitalizados na UTIN da maternidade escola Januário Cicco (MEJC), instituição localizada na capital potiguar, de referência em gestação de alto-risco, cirurgia ginecológica e saúde da mulher no estado do Rio Grande do Norte. A maternidade é constituída por 108 leitos (médio porte), sendo 23 na UTIN. No ano de 2016, somaram um total de 3.847 partos com taxa de admissão na UTIN de 436 neonatos, no ano de 2017 apresentou dados similares, com 30% do total de nascimento correspondendo aos partos pré-termos.

Participaram do estudo 90 mães que foram submetidas à análise e adequação aos critérios de inclusão da pesquisa. Foi verificado em prontuário aquelas que se adequavam ao perfil da pesquisa, em seguida realizado a busca ativa. Foram inseridas apenas participantes acima de 18 anos, com filho hospitalizado por pelo menos 48 horas e que as mães estivessem em condições física e emocional para participar da pesquisa, era necessário ter pelo menos duas visitas ao neonato na UTIN.

A coleta de dados ocorreu na maternidade, levando em consideração a privacidade das mães, sigilo das informações e todos os aspectos éticos. Foi realizado pelo pesquisador autor principal deste manuscrito, referente a transcrição e análise dos dados foram realizadas por a equipe de pesquisa.

Este estudo faz parte de uma pesquisa de conclusão de mestrado. Para os objetivos deste artigo, foram considerados apenas os dados do questionário sociodemográfico e de saúde das mães e dos bebês, tais como: idade, escolaridade, estado civil, religião, renda familiar, planejamento da gestação e realização de consultas pré-natais. Foi considerado também a experiência prévia de internação de um filho na UTIN, peso e idade gestacional ao nascer (semanas), necessidade de ventilação mecânica, dentre outros dados pertinentes a realização desse estudo e compreensão do universo socioeconômico, familiar, psicológico e gestacional da genitora e do neonato.

Foi elaborado um banco de dados construído em planilha EXCEL, versão 2016, e para aplicação de testes estatísticos utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. Para análise dos dados foi considerado a estatística descritiva com apresentação das distribuições de frequências absolutas e relativas (%).

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN parecer número 2.947.794/2018, conforme determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e também a resolução 510/2017 – CNS, a qual trata de diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos em ciências humanas e sociais. Realizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes desta pesquisa.

As questões éticas foram observadas em todo o momento do estudo e mantido o sigilo e anonimato das participantes.

RESULTADOS

As puérperas deste estudo tinham as seguintes características: idade média de 27,63 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 41 anos; 86,7% são casadas ou em união estável; 52,2% residem no interior e 47,8% em Natal ou região metropolitana; A renda familiar é de até um salário-mínimo para 58,9%, dessa população e 25,6% afirmaram ter renda inferior ao salário-mínimo (R\$ 998,00); 54,4% declararam ser dona de casa e não exercem alguma atividade remunerada, 21,1% estavam empregadas antes da gestação, no entanto, no momento da entrevista encontravam-se desempregadas e 24,4% afirmaram estar empregadas ou com alguma atividade autônoma remunerada.

Referentes à religião 53,3% se declararam católicas, 34,4% de religião evangélica e 1,1% da doutrina espírita; 41,1% relataram ter escolaridade correspondente ao ensino médio completo, 25,6% com ensino fundamental incompleto e 5,6 % ensino superior completo.

Tabela 1 - Distribuição das mães de neonatos prematuros hospitalizados conforme dados sociodemográficos das mães. Natal, 2018-2019.

Variáveis	Frequência absoluta	%
Estado civil		
União estável/ casada	78	86,7
Solteira	12	13,3
Local de Moradia		
Região Metropolitana	43	47,8
Interior	47	52,2
Renda Familiar		
Menos de 1 SM	23	25,6
1 SM	30	33,3
Maior que 1 SM	37	41,1
Ocupação		
Dona de casa	49	54,4
Empregada /autônoma	22	24,4
Desempregada	19	21,1
Religião		
Católica	48	53,3
Evangélica	31	34,4
Sem religião	10	11,1
Espírita	1	1,1
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	23	25,6
Fundamental Completo	10	11,1
Médio Incompleto	10	11,1
Médio Completo	37	41,1
Superior Incompleto	5	5,6
Superior completo	5	5,6

Legenda: SM: salário-mínimo; %: percentual.

Relativo aos dados da gestação 58,9% relataram não ter planejado a gravidez; 70% foi realizado o parto cesáreo. A paridade está relacionada ao número de parto realizado por uma

mulher, nesse estudo 57,8% declararam serem múltiparas. Referente ao número de gestação, os dados evidenciam mediana 2, com mínimo de 1 e máximo de 8 gestações; Quanto ao número de consultas pré-natal obteve mediana 6, com mínimo de 0 e máximo de 25. Destaca-se que apenas uma mãe, ou seja, 1,1% não realizou consulta pré-natal, assim como 1,1% realizou 25 consultas, por ter uma gravidez de alto risco e realizar monitoramento semanais.

Tabela 2 - Distribuição dos dados gestacionais referente à mediana, mínimo e máximo das mães dos neonatos prematuros hospitalizados. Natal, 2018-2019.

Variáveis	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade gestacional	31	23	36
Número de gestação	2	1	8
Consulta Pré-natal	6	0	25

Referente a ter um filho internado na UTIN 85,6% relataram ser a primeira experiência de hospitalização na unidade; no que diz respeito à idade gestacional obteve-se uma mediana 31, sendo 23 semanas a menor que surgiu entre as mães e 36 semanas a idade gestacional máxima apresentada; quanto ao peso do neonato ao nascimento, tem-se uma média de 1.393,29 kg com desvio padrão 722,354; 58,9% dos RNs estavam em ventilação mecânica. No tocante a amamentação 87,8% relataram não ter realizado e quanto ao vínculo mãe-bebê 50% tinham colocado o neonato no colo.

Tabela 3 - Distribuição das mães e dos neonatos prematuros hospitalizados conforme variáveis obstétricas e de saúde. Natal, 2018-2019.

Variáveis	Frequência absoluta	%
Gestação planejada		
Sim	37	41,1
Não	53	58,9
Tipo de parto		
Normal	27	30
Cesárea	63	70
Paridade		
Primípara	38	42,2
Múltipara	52	57,8
Experiência prévia na UTIN		
Sim	13	14,4
Não	77	85,6
Pegar o RN no colo		
Sim	45	50
Não	45	50
Realizado amamentação		
Sim	11	12,2
Não	79	87,8
RN em ventilação mecânica		
Sim	53	58,9
Não	37	41,1

DISCUSSÃO

A média de idade das mães do estudo é similar às de outras pesquisas com essa população⁽¹¹⁻¹⁴⁾. A maioria das participantes conta com a presença e suporte de um companheiro, assim como em outros estudos^(12, 14-23). Vale ressaltar que a participação do parceiro é de suma importância para a puérpera, podendo proporcioná-la maior segurança e compartilhamento das angústias, além do auxílio e cuidados com o neonato⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A maioria das mães residem no interior do estado ou em cidades circunvizinhas à maternidade. Esse dado é similar ao encontrado em um estudo nacional que trouxe como resultado que a maioria das puérperas moravam no município em que se localizava a UTIN ou em municípios vizinhos⁽²⁴⁾. A oferta de apoio pela rede de suporte social pode ficar fragilizada em decorrência das dificuldades financeiras e distância, fatores que podem comprometer o acompanhamento, visitas e fortalecimento da puérpera durante a hospitalização, dados que devem ser considerados pela equipe de saúde.

A distância pode ser um fator que dificulte a oferta de apoio social para essas mães, pela dificuldade de acesso a familiares e amigos, em especial para aquelas pessoas que apresentam situação socioeconômica desfavorável, podendo comprometer o período de hospitalização e o favorecimento entre vínculo mãe-filho. Nesse sentido, o apoio familiar se torna de grande importância durante o período da hospitalização do RN, principalmente quando o neonato apresenta um maior risco de óbito em decorrência do seu quadro de saúde⁽²⁵⁾. Referente a esse aspecto, os dados da maternidade do ano de 2016 tiveram taxa de admissão de 436 bebês com registro de 84 óbitos na UTIN, correspondendo a 19,26% do total de admissões na unidade.

Os resultados evidenciam uma população de situação econômica de baixo poder aquisitivo, realidade similar ao encontrado em outras pesquisas^(16, 18, 20). Neste estudo, esses dados podem ter relação com a maioria ser do interior do estado (52,2%), realidade em que há pouca oportunidade ou oferta de emprego formal, assim como por grande parte das mães (54,4%) declararem ser dona de casa e não exercem atividade remunerada, corroborando com achados de outras pesquisas nacionais^(12,14,17,21).

A religião católica predominou entre as mães, assim como em outras pesquisas^(14,21,26). Os cristãos representam o bloco religioso mais numeroso do mundo e o Brasil é reconhecido como o grande centro mundial do catolicismo e protestantismo global⁽²⁷⁾. Esse país é tomado por um cenário de diversidade religiosa, onde o catolicismo tem predomínio apesar da perda de sua hegemonia na modernidade, com aumento do protestantismo e daqueles ditos sem religião⁽²⁸⁾.

Referente à escolaridade, 41,1% referiram ter o ensino médio completo e 25,6% com ensino fundamental incompleto, resultado semelhante foi identificado em outros estudos^(14, 20, 26, 29-31). Esta pesquisa evidenciou uma porcentagem muito inferior de mães com nível escolar superior, esse dado pode relacionar-se ao fato da maioria das mães morarem no interior do estado, onde o acesso ao ensino superior e educação de qualidade, geralmente, é precário. Esses achados podem ser reflexo, também, de muitas participantes relatarem baixa renda econômica e situação de desemprego. A baixa escolaridade é considerada um agravante para a saúde das mulheres, podendo ser considerado um risco obstétrico, representando um grupo de mães em vulnerabilidade devido à escassez de recursos materiais e apoio social^(20,32-33).

No que diz respeito aos dados obstétricos, a maioria das mães relataram ter planejado a sua gravidez, esses dados são similares a outras pesquisas nacionais^(14,17). O planejamento e/ou desejo de ter um filho pode começar antes da gestação, com elaboração e planejamento para a chegada do filho. Ao longo da gravidez a mulher gera relações e identificações com o feto, passando por sua experiência enquanto filha que repercutirá nas representações de referência enquanto mãe⁽³⁴⁻³⁵⁾.

A via de parto cesáreo foi predominante entre as mães, refletindo uma realidade comum identificada nos resultados de outros estudos que trazem o número de cesáreas como superior ao parto normal^(13,17-18,20,31,36). O parto natural/normal é o mais recomendado pelas políticas de saúde por ser mais prático e vantajoso, especialmente para a gestante, trazendo mais segurança e um retorno mais rápido para as atividades rotineiras, em contrapartida, o parto cesáreo deve ser utilizado quando houver algum risco para a parturiente e/ou para seu filho, no entanto, a taxa elevada de cesariana é superior e muitas vezes indicada de forma indiscriminada, ocasionado custo mais elevado no serviço de saúde e risco de morbimortalidade materna e perinatal⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Em um estudo constituído por 361 puérperas, 77,6% relataram desejo e preferência para a gestação atual o desfecho com o parto vaginal. Destas mulheres, 81,6% tinham como principal motivo para esse tipo de parto uma melhor recuperação no período pós-parto. Nessa pesquisa foi evidenciada uma associação entre paridade e tipo de parto anterior com a via de parto considerada preferida pela mulher, muitas vezes, trazendo desconhecimento sobre os riscos e benefícios dos tipos de partos, o que pode influenciar no seu poder de decisão⁽⁴⁰⁾.

O modo que cada mulher significa sua experiência de maternidade é muito singular, no entanto, em estudo realizado com gestantes primíparas, ou seja, aquelas que realizaram o primeiro parto, perceberam como resultado uma insatisfação, principalmente pelas mudanças corporais decorrentes da gravidez. Apesar da ocorrência de mudanças positivas percebidas pelas mães em diversos aspectos de sua vida, proporcionando amadurecimento, responsabilidade e paciência, repercutindo na sua relação com o bebê, companheiro e familiares que as acompanham⁽¹⁸⁾.

Os dados referentes ao número de consultas pré-natal obtiveram valores similares aos observados em outras pesquisas^(11, 41). O pré-natal exerce importante papel para a saúde materna e infantil, o comprometimento da qualidade dessa atenção pode influenciar na detecção de diagnósticos e tratamentos adequados que pode desencadear consequências indesejadas, sequelas ou até óbito. A relevância do pré-natal se dá dentre outros fatores para uma prevenção da morbimortalidade materna e neonatal⁽⁴²⁻⁴³⁾.

A respeito das experiências anteriores quanto à prematuridade, a maioria das mães relataram essa gestação como a primeira que decorreu com a hospitalização do filho na UTIN. Para tanto, o nascimento prematuro e a necessidade de cuidados intensivos podem ser geradores de medo, insegurança, impotência, estresse dentre outros sentimentos relacionados à possibilidade de morte do filho. Nesse contexto, caso não seja oferecido o suporte adequado, pode comprometer a vinculação da díade mãe-bebê^(19,44-48).

Os resultados das semanas gestacionais do parto são similares aos obtidos em outros estudos^(12-13,22). Os neonatos nascidos com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas não se enquadram no perfil da pesquisa por não serem prematuros^(2, 49). A prematuridade e o baixo peso ou muito baixo peso é um importante fator de risco para a mortalidade perinatal, neonatal e infantil, o que justifica a necessidade de cuidados intensivos e atenção de uma equipe multiprofissional que assistam o neonato, mãe, pai e familiares. Quanto menor a idade gestacional maior é o risco das complicações em decorrência do parto pré-termo^(9,50-52).

No que toca aos dados da amamentação, 87,8% das mães não a tinham realizado. Esses dados se justificam em decorrência da imaturidade biológica, prematuridade e/ou baixo peso do RN ou em virtude do quadro de saúde do neonato. Apesar da amamentação em si não ter sido realizada, com contato direto mãe-bebê, muitos RNs são alimentados via sonda, onde gradativamente é aumentada a quantidade do leite materno ordenhado, até o bebê estar preparado para realizar a mamada, utilizando assim o leite materno que traz benefícios para a saúde do RN.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde trazem recomendações da criança ser amamentada até os 2 anos de idade, com aleitamento materno exclusivo até

os seis meses de vida, após essa fase com introdução de novos alimentos, trazendo assim muitos benefícios para o desenvolvimento da criança e relação de apego materno filial. Em contrapartida, as práticas alimentares inadequadas podem comprometer a saúde da criança a curto e longo prazo ⁽⁵³⁻⁵⁴⁾. Salienta-se que a amamentação quando realizada em contexto de UTIN traz uma sensação de bem-estar para as mães e sentimento de aproximação com o filho ⁽⁵⁵⁾.

Pegar o filho no colo é um momento de grande significado para as mães no fortalecimento do vínculo com o neonato na UTIN e, em relação às puérperas deste estudo, metade já tinha realizado. O primeiro contato entre mãe e filho é muito importante para o processo de construção dos laços de afetividade, sendo assim, poder colocar no colo e pegar nos braços gera uma aproximação e diminuição de insegurança das mães no cuidado com o bebê, proporcionando, de forma gradativa, que as mesmas consigam exercer os cuidados maternos ⁽⁵⁶⁾.

Quanto ao toque da mãe com bebê ocorre dentro da incubadora, muitas podem sentir-se amedrontadas e inseguras para fazê-lo ^(45,57). Contudo, esse toque traz aproximação entre mãe-bebê, fazendo com que o neonato se sinta mais calmo pela presença e proteção materna, facilitando a amamentação e o sentimento positivo entre ambos ⁽⁵⁸⁾.

A maioria dos neonatos hospitalizados estavam em ventilação mecânica, o que pode acarretar um maior impacto para a mãe ao ver o filho tomado de aparato tecnológico para sua sobrevivência, reforçando seus medos e inseguranças, somando-se a interrupção da gravidez com o parto prematuro, distância familiar, entre outros fatores ⁽⁵⁷⁾.

Importante destacar que por serem bebês prematuros, muitos se encontravam nas incubadoras e entubados, sem condições de realizar a amamentação e permanecer no colo da mãe. Apesar disso, deve-se estimular o vínculo e desenvolvimento da maternagem. Ademais, a mulher pode realizar a ordenha para a retirada do leite humano materno em bancos de leite para que assim o RN possa se beneficiar do aleitamento via sonda ou o mesmo ser utilizado por outros prematuros que por ventura venham a necessitar.

Por fim, deve-se considerar que os cuidados realizados ao recém-nascido prematuro podem ser geradores de reações fisiológicas e físicas de dor e desconforto, com alterações dos padrões cardíacos e respiratórios. Nesse sentido, é ressaltado a necessidade de um

cuidado humanizado com atenção especializada, seja para o neonato ou para a mãe e familiares que vivenciem a rotina na UTIN ⁽⁵⁸⁾.

CONCLUSÃO

Através das análises dos dados, foi possível realizar uma caracterização do perfil sociodemográfico e de saúde das 90 mães e dos neonatos. Entender qual perfil materno é assistido na maternidade em decorrência do parto prematuro, proporciona uma aproximação da realidade que ultrapassa o contexto hospitalar e, em medidas diversas, contribuem, protegendo ou dificultando, a experiência da puérpera enquanto o RN permanece na maternidade hospitalizado.

Nesse sentido, para estabelecer uma assistência com cuidado humanizado às mães dessa maternidade deve-se considerar o seu perfil sociodemográfico e de saúde. Com base nos resultados evidenciados trata-se, na sua maioria, de mulheres do interior do estado do Rio Grande do Norte, com companheiro, doméstica ou desempregada, com nível educacional mediano e sem experiência prévia com parto prematuro e hospitalização do filho na UTIN. O que, de certa forma, reflete uma realidade de população mais carente (de informações ou serviços de qualidades), requerendo uma maior atenção do serviço de saúde para garantia e concretização dos direitos a uma assistência de qualidade e equitativa.

Essa população possui fatores considerados positivos, sinalizado em estudos como importantes no contexto de hospitalização, em que refere-se à maioria das participantes poderem

contar com a presença de um parceiro ou familiar durante a internação e puerpério. Além disso, quase a totalidade das mães possuem religião, seja ela católica ou evangélica, sendo um fator de proteção importante, considerado um recurso pessoal, que nessa pesquisa se tornou marcante.

Por fim, esses dados são relevantes por demonstrar qual perfil de mães que recebem cuidados na instituição e como as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde podem influenciar durante o período de hospitalização. Compreendê-las é necessário para uma formação de laços mais próximos com essas mulheres e articulação de um cuidado mais humanizado, singular e que fortaleça o apoio e suporte social e as necessidades que elas apresentam frente ao cuidado com o filho RN prematuro.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras; 2017. 248p.
2. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf
3. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20:46-60. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>
4. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:192-207. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
5. World Health Organization (WHO). Preterm birth [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
6. Flach K, Lobo BOM, Potter JR, Lima N. S. O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. *Rev SBPH [Internet]*. 2012 [cited 2020 Jan 20];15:83-100. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt
7. Lindemann E. The symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatr* 1944;101:141-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
8. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahimina E. Comparison of anticipatory grief reaction between fathers and mothers of premature infants in neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:921-6. <https://doi.org/10.1111/scs.12005>
9. Ministério da Saúde (BR). 2017. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico [Internet]. [cited 2020 Jan 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manu_al_3ed.pdf
10. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery*. 2009;13(2):297-304. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>
11. Dantas MMC, Araújo PCB, Revorêdo LS, Pereira HG, Maia EMC. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colomb Psicol*. 2015;18(2):129-38. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.11>
12. Favaro MSF, Peres RS, Santos MA. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*. 2012;17(3):457-65. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000300012>

13. Dantas MMC. Mães de neonatos pré-termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica [Dissertação] [Internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; 2012[cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17507>
14. Schmidt EB, Argimon III. Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia*. 2009;19(43):211-20. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200009>
15. Zanatta E, Pereira CRR, Alves AP. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesqui Prát Psicossoc*[Internet]. 2018[cited 2020 Jan 20];13(1):1-16. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n3/05.pdf>
16. Naidon AM, Neves ET, Silveira A, Ribeiro CF. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e5750016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>
17. Zanfolim LC, Cerchiari EAN, Ganassin FMH. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. *Psicol: Ciên Prof*. 2018;38(1):22-35. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000292017>
18. Ferraresi MF, Arrais AR. Avaliação da Assistência Multiprofissional em uma Unidade Neonatal Pública na Perspectiva das Mães. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2018;18(2):381-90. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200008>
19. Melo RA, Araújo AKC, Bezerra CS, Santos NM, Marques WF, Fernandes FECV. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Id Rev Multidisc Psicol*. 2016;10(32):88-103. <https://doi.org/10.14295/online.v10i32.569>
20. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1965-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>
21. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Rev Eletrôn Enferm*. 2010;12(4):698-704. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7130>
22. Pinto ID, Padovani FHP, Linhares MBM. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicol: Teor Pesqui*. 2009;25(1):75-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100009>
23. Barros SMM, Trindade ZA. Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. *Psicol, Saúde Doenças*[Internet]. 2007[cited 2020 Jan 20]; 8(2):253-69. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219037008>
24. Santos MC, Gomes GC, Hirsch CD, Norenberg, PKO, Oliveira AMN, Nobre CMG. Vivências das mães junto ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Ciênc, Cuid Saúde*. 2018;17(4):1-7. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i4.45164>
25. Lima SES, Ferreira CAR, Maia EMC, Cavalcante FLNF. Vivência do luto por mães de recém-nascidos com óbito em unidade de terapia intensiva neonatal. In: Dickmann I, Dickmann I, Carboni JL. *Pluralidade de saberes* (Vol 2). Chapecó: Editora Livrológia; 2019. p. 197-208.
26. Lima A, Santos R, Silva S, Lahm J. Sentimentos maternos frente à hospitalização de um recém-nascido na UTI neonatal. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*[Internet]. 2013[cited 2020 Jan 20]; 15(4): 112-115. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/15163>.
27. Sofiati FM, Moreira AS. Catolicismo brasileiro: um painel da literatura contemporânea. *Relig Soc*. 2018;38(2):277-301. <https://doi.org/10.1590/0100-85872018v38n2cap10>

28. Steil CA, Herrera SR. Catolicismo e ciências sociais no Brasil: mudanças de foco e perspectiva num objeto de estudo. *Sociol*[Internet]. 2010[cited 2020 Jan 20];(23):354-93. Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/12727>
29. Souza NL, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa IC, Cruz-Enders B, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Pública*. 2010;12(3):356-67. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000300002>
30. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):729-33. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500013>
31. Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):704-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500003>
32. Silveira MF, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):185-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100019>
33. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Consequences of sociodemographic inequalities on birth weight. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):466-73. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300015>
34. Cypriano LM, Pinto EEP. Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. *Psicol Hospit*[Internet]. 2011[cited 2020 Jan 20];9(2):02-25. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v9n2/v9n2a02.pdf>
35. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, De Nardi T. Gestação e a constitui o da maternidade. *Psicol. Estud*. 2008 13(1): 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>
36. Cartaxo L, Torquato J, Agra G, Fernandes M, Platel I, Freire M. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UERJ*[Internet]. 2014[cited 2020 Jan 20];22(4):551-7. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15422>
37. Vicente AC, Lima AKBS, Lima CB. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Temas Saude*[Internet]. 2017[cited 2020 Jan 20];17(4):24-35. Available from: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>
38. Guimarães RM, Silva RLPD, Dutra VGP, Andrade PG, Pereira ACR, Jomar RT, et al. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. *Rev Bras Saude Matern Inf*. 2017;17(3):571-80. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000300009>
39. Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saude Pública*. 2009;43(3):472-80. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000300011>
40. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivaoes. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>
41. Dantas MMC, Araújo PCB, Paulino DS, Maia EMC. Avaliao do apoio social e de sintomas depressivos em mães de beb s prematuros hospitalizados. *Psicol Rev*. 2012;18(1):90-106. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90>
42. Porciuncula M, Bonilha A, Pedron C, Espírito Santo L. Contexto da ateno pré-natal na prematuridade tardia. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:8-12. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.18040>
43. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):540-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002>

44. Santos D, Teixeira E. Vínculo mãe-filho no contexto da terapia intensiva neonatal: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Func.* 2017;1(2):8-19. Available from: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/download/891/736>
45. Donelli TM, Henrich SM, Schaefer MP. Vivências da maternidade e da relação mãe-bebê no primeiro ano de vida do bebê prematuro. *Barbarói.* 2017;49(1):71-93. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.7376>
46. Tinoco V. O processo de luto na maternidade prematura. In: Casellato GO. *Resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido.* São Paulo: Summus; 2015. p. 29-47.
47. Scarabel CA. A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa Unidade de terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011. <https://doi.org/10.11606/D.47.2011.tde-17042012-113540>
48. Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(4):370-5. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400009>
49. Farias GRB, Aguiar MSS. Indicadores comportamentais de recém-nascidos de Risco Evidenciados em Ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: Oliveira A, Najjar E, Silva R. *Interfaces: terapia ocupacional com teoria e pesquisa do comportamento.* Belém: EDUEPA; 2010. p. 27-52.
50. Balbi B, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. *Ciê Saúde Coletiva.* 2016;21(1):233-41. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20512015>
51. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(6):1285-92. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600002>
52. Assis HM, Machado CJ, Rodrigues RN. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte (MG), 2001-2006. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(4):675-86. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000400014>
53. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(2):164-70. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00004>
54. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol.* 2002;554:63-77. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
55. Cruz M, Sebastião L. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. *Distúrb Comun [Internet].* 2015[cited 2020 Jan 20];27(1):76-84. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-750843>
56. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e60911. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
57. Lima VF, Mazza VA, Mór LM, Pinto MNGR. Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Min Enferm.* 2017;21:1-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907988>
58. Câmara T, Pereira N, Silva R. Enfermagem e o manuseio do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Uningá [Internet].* 2019[cited 2020 Jan 20];56(2):222-33. Available from: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2156>