



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

ÂNGELA CRISTINA BONFIM DA SILVEIRA

REPERCUSSÕES DO PARTO PREMATURO EM MÃES ADOLESCENTES

**FORTALEZA – CEARÁ
2017**

ÂNGELA CRISTINA BONFIM DA SILVEIRA

REPERCUSSÕES DO PARTO PREMATURO EM MÃES ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

ÂNGELA CRISTINA BONFIM DA SILVEIRA

REPERCUSSÕES DO PARTO PREMATURO EM MÃES ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

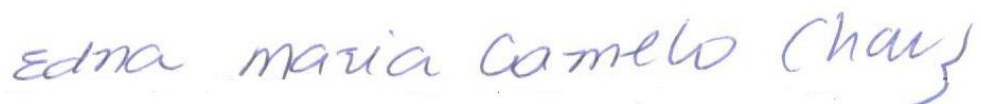
Aprovada em: 21 de janeiro de 2017.

Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silveira, Ângela Cristina Bonfim da.

Repercussões do parto prematuro em mães adolescentes [recurso eletrônico] / Ângela Cristina Bonfim da Silveira. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 104 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa.

1. Gravidez na adolescência. 2. Parto prematuro. 3. Prematuridade. I. Título.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades de significado e redução.....	35
Quadro 2 – Redução I, Redução II.....	37
Quadro 3 – Redução II, Categorias.....	37
Quadro 4 – Categorias temáticas.....	38
Quadro 5 – Dados sociodemográficos e econômicos.....	40
Quadro 6 – Características das mães entrevistadas.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DMH	Doença da Membrana Hialina
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IG	Idade Gestacional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI-NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	GERAL.....	18
2.2	ESPECIFICOS.....	18
3	MARCO TEÓRICO.....	19
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE	19
3.2	PARTO PREMATURO E PREMATURIDADE.....	20
3.3	PREMATURIDADE DO RECÉM-NASCIDO.....	23
3.4	MÃES ADOLESCENTES E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	24
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	28
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	29
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
4.5	PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS.....	33
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5	COMPREENSÃO DO ESTUDO.....	39
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-SOCIAL DAS MÃES ADOLESCENTES.....	39
5.2	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	43
5.3	SENTIMENTOS E ENFRENTAMENTOS DIANTE DO PARTO E NASCIMENTO PREMATURO.....	50
6	REFLEXÕES DO ESTUDO.....	63
7	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICES.....	72
	APÊNDICE A – TERMO DE ASSENTIMENTO.....	73
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	76

ANEXOS.....	78
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	79
ANEXO B – RECORTES EXPRESSIVOS.....	80

“O temor do Senhor é o princípio do saber, mas os loucos desprezam a sabedoria e o ensino.”

(Provérbios cap. 1. ver. 7.)

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque Ele é bom e sua misericórdia dura para sempre.

As mães adolescentes que contribuíram para a realização deste estudo.

Às amigas Ana Ribeiro, Edla e Mirla pela grande contribuição e pelo apoio de sempre, dessa vitória elas fazem parte.

A coordenação do CMPSCA pela oportunidade proporcionada.

Às professoras doutoras Edna e Mardênia por participarem da banca examinadora.

À minha orientadora Profa. Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, por me levar ao caminho da ciência e me propiciar a elaboração deste estudo.

A minha família, Francisco, Daniel e Ingrid, por tudo que ela representa para mim.

RESUMO

O estudo investigou as repercussões do parto prematuro em mães adolescentes em uma maternidade de referência terciária na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, com o objetivo geral de compreender as repercussões do parto prematuro em mães adolescentes. A metodologia foi uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, no período de março a maio de 2016. Contou com a participação de dez mães adolescentes com idade de quinze a dezenove anos que se encontravam acompanhando seus bebês prematuros. Após autorização do Comitê de Ética responsável as mães adolescentes foram entrevistadas e tiveram seus depoimentos gravados, Para a análise dos discursos foi utilizada a análise temática proposta por Minayo (2013), dando origem a duas categorias: Gravidez na adolescência e Sentimentos e enfrentamentos diante das experiências de parto e nascimento prematuro. Observamos no âmbito do estudo quão complexo foi para as adolescentes enfrentarem e assumirem, em idade cronológica tênue a gravidez e suas complicações, mediante encargos emocionais, familiares, sociais e econômicos que envolvem o nascimento e a sobrevivência de um recém-nascido prematuro. Entendemos que a maternidade na adolescência trouxe enfrentamentos inesperados, mas foram superados e tornou-se uma experiência positiva. Portanto como desafio constante na instituição hospitalar, devemos adotar práticas humanizadas que se direcionem aos que precisem do cuidado, no caso, mães adolescentes e recém-nascidos internados.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Parto prematuro. Prematuridade.

ABSTRACT

The study investigated the repercussions of preterm birth in adolescent mothers in a tertiary reference maternity hospital in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil, with the general objective of understanding the repercussions of preterm delivery in adolescent mothers. The methodology was a descriptive research of qualitative approach. Data were collected through a semi structured interview between March and May 2016. It counted on the participation of ten teenage mothers aged fifteen to nineteen years who were accompanying their preterm infants. After authorization from the responsible Ethics Committee, the adolescent mothers were interviewed and their statements were recorded. For the analysis of the discourses was used the thematic analysis proposed by Minayo (2013), giving rise to two categories: Pregnancy in adolescence and Feelings and confrontations before the experiences of childbirth and premature birth. We observed within the study how complicated it was for adolescents to face and assume, during a tenuous chronological age, the pregnancy and its complications, through emotional, family, social and economic charges that involve the birth and survival of a premature newborn. We understand that teenage motherhood brought unexpected confrontations but were overcome and became a positive experience. Therefore, as a constant challenge in the hospital, we must adopt humanized practices that address those who need care, in this case, adolescent mothers and hospitalized newborns.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Premature delivery. Prematurity.

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo originou-se da trajetória de experiência profissional da autora, como enfermeira obstetra, observando emoções e reações oriundas de situações diversas vivenciadas em salas de parto de alto risco, onde despertou o interesse em desenvolver estudo acerca das repercussões da prematuridade em gestantes adolescentes. Torna-se inquietante e questionador compreender a realidade destas mulheres, advindas da prematuridade, seja pela separação abrupta dos recém-nascidos ou pelos cuidados que estes demandarão em uma fase de suas vidas com possibilidade de adiar ou interromper seus projetos de vida, já que a gravidez poderá acontecer sem planejamento ou mesmo em um momento de significativa transição física e emocional dessas adolescentes: menina ou mulher? Filha ou mãe?

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é definida por um período que compreende a faixa etária entre dez e dezenove anos. Fase da vida entre a infância e a idade adulta, é marcada por um processo com sucessivas modificações de crescimento e de amadurecimento biopsicossocial, em que o indivíduo se transforma física e emocionalmente, quando, muitas vezes, ocorre o início da vida sexual. É permeada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento no qual se atinge a maturidade física e a capacidade reprodutiva, sem, contudo, atingir a maturidade psicológica e social (CAMINHA et al., 2012).

A gestação na adolescência tem tomado vulto à medida que, a cada dia, mais adolescente são internadas nas unidades de saúde como gestantes, e é ainda mais significativa a precocidade deste fato (BARBASTEFANO; GIRIANELL; VARGENS, 2010). Adolescentes engravidando cada vez mais cedo, chegando a engravidar com idade próxima aos dez anos. Segundo Almeida et al. (2012). São fatores associados mais prevalentes a idade ≤ 18 anos e ≥ 35 anos, determinantes para o desfecho gestacional negativo. A precocidade da gravidez na adolescência suscita discussão que perpassa a gestação propriamente dita, pois a ocorrência de casos de gravidez abaixo de uma década de vida constitui-se fenômeno que envolve vários fatores entre os quais, a sexualidade humana.

Para Sarvegnago e Arpine (2013) o tema da sexualidade ainda é envolto por muitos preconceitos, mitos, tabus e por uma forte carga emocional, o que pode

dificultar que o diálogo sobre o tema ocorra de forma aberta entre pais e filhos. A educação sexual é um processo e, desse modo, o ideal é que seja iniciado desde a infância, momento no qual a sexualidade também tem seu início. Diante disso, muitos pais acabam não se ocupando do importante papel que lhes caberia na abordagem da sexualidade com seus filhos. Assim, outras instituições e pessoas acabam ocupando esse espaço, quando não preenchido pelos genitores.

No mundo, aproximadamente 25% de mulheres têm seu primeiro filho antes de completados os 20 anos de idade, com taxas ainda mais altas em países em desenvolvimento. A população jovem (abaixo de 20 anos) constitui mais de um terço do total, a maior coorte de adolescentes de todos os tempos, respondendo por um milhão de gravidezes/ano (MARTINS et al., 2011).

No Brasil, no ano de 2013, houve 2.904.027 nascimentos, desses nascimentos 559.991 foram de mães adolescentes, totalizando 19,3% partos de adolescentes, dentre esses foram 74.396 nascimentos de prematuros em mães adolescentes, que contabiliza 13,3%. No Ceará nasceram 124.876, desses 26.010 foram de mães adolescentes, totalizando 20,8%, desses 3.690 nasceram por partos de prematuros, totalizando 14,2%. Em Fortaleza, no ano de 2013 tivemos um total de 36.822 nascimentos, desses, 6.379 são de mães adolescentes, totalizando 17,3%, e ainda desses, 834 nasceram de partos prematuros de mães adolescentes contabilizando 13,1% do total de 6.379 partos (IBGE, 2015).

O parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, crianças nascidas antes da maturidade fetal. A característica mais utilizada para classificá-lo é de ordem cronológica: nascimento antes de 37 semanas de gestação, contada a partir do primeiro dia da última menstruação (MONTENEGRO, 2012).

Apesar dos avanços na obstetrícia, o número de nascimento de prematuros ainda é elevado, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil (ALMEIDA et al., 2012). Diante deste cenário a gravidez na adolescência é considerada um problema social e de saúde pública, contribuindo para aumentar as estatísticas de morbimortalidade por causas obstétricas, devido o maior risco gestacional e neonatal (CAMINHA et al., 2012).

Martins et al. (2011) acrescentam que a complexa natureza de cuidados intensivos de crianças prematuras demandam profissionais de saúde altamente qualificados e altos custos de tratamento. Nesse sentido, cuidar do recém-nascido

resgata a sensibilidade e a intuição do cuidador de perceber o outro em toda a sua integralidade; privilégios que não podem ser delegados aos aparelhos e procedimentos técnicos (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

A assistência ao recém-nascido passou por intensas transformações que, acompanhadas de novas tecnologias, trouxeram um universo mais amplo ao cuidado nas unidades destinadas a essa clientela. Essas mudanças atingiram também a finalidade do trabalho, realizado na perspectiva da ação terapêutica de saúde ao neonato, no apoio à família e na racionalidade do processo de trabalho (FIALHO, 2012).

O impacto de experimentar concomitantemente duas fases importantes na sua vida, ser mulher e ser mãe, pode gerar consequências graves a esta adolescente, com a exacerbação de alterações que chegaram a ser patológicas, podendo ser a sua primeira crise existencial que enfrentará. Segundo Schwartz, Vieira e Geib (2011) a adolescente, ao engravidar, convive com dois eventos estressores, que ocorrem sinergicamente: a adolescência e a gestação. A adolescência, por si só, implica investimentos pessoais e sociais para lidar com as mudanças físicas e emocionais, mas também com o posicionamento social, familiar e sexual.

O fenômeno da gestação é muito complexo, espera-se que tudo transcorra com muita serenidade e sem agravos para a mulher e o binômio, entretanto nem sempre isso é possível e quando acontece alguma eventualidade, essa gestante deve ser tratada de forma diferenciada e integrada (PEREIRA, 2014). A gestação de um modo geral é um momento de transição que acarreta em alterações fisiológicas inerentes ao próprio estado da gravidez.

Consideramos fundamental conhecer a repercussão do parto prematuro em adolescentes que vivenciaram essa experiência e nos aproximarmos de suas vivências e perspectivas em relação a esta situação. Para estas mulheres o tornar-se grávida poderá ocasionar uma alteração nos seus planos de vida trazendo-lhes momentos de dúvidas, medos e inseguranças frente as alterações que estão aflorando, por não estarem preparadas fisiológica e psicologicamente para engravidar, assim como são imaturas para vivenciar uma maternidade e suas responsabilidades.

Diante da possibilidade de gravidez na adolescência é comum surgir uma infinidade de interrogações, cujas respostas (interiores) poderão aliviar ou aumentar o sentimento das adolescentes que vivenciaram um parto prematuro. Poderão surgir tais perguntas como: eu, adolescente, poderei cuidar de um recém-nascido (RN) prematuro? Como o pai da criança receberá a notícia? Que cuidados deixaram de fazer durante a gravidez que ocasionou um parto antes da hora? Possivelmente poderia ter evitado esse nascimento prematuro?

Segundo Melo et al. (2013) a integralidade ganha riqueza e expressão na atenção a grávidas adolescentes quando o cuidado de enfermagem se efetiva respeitando singularidades e proporcionando mudança de postura profissional que, sem negar a dimensão técnica, responde de modo particularizado às necessidades das adolescentes grávidas.

Miranda, Rivera e Artmann (2012) afirmam a importância das especialidades, destacando que na modalidade de integração as diferenças técnicas das distintas especialidades devem ser mantidas, mas subordinadas a um conjunto de valores que expressam o horizonte normativo comum entre os integrantes da equipe.

Oliveira e Madeira (2011) concluem que à medida que discutimos a interação entre a equipe multiprofissional e a gestante durante o pré-natal podemos conhecer e nos inteirar das reais necessidades destas mulheres, ao vivenciarem uma gestação de alto risco. Assim, reafirma-se a importância de uma assistência humanizada, livre de intervenções desnecessárias, coerente com os preceitos normatizados pelos programas atuais direcionados à saúde da mulher, onde a integralidade é apontada como a grande aliada na qualidade da assistência prestada, tanto em nível hospitalar quanto na atenção básica.

O Ministério da Saúde (MS) em seu Manual de Gestação de Alto Risco (2014) afirma que a adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado.

Desse modo, quando se imagina que essas angústias podem estar presentes nas adolescentes que tiveram um filho prematuro, é possível compreender o nível de preocupações a que estão expostas. Nesse momento é oportuno o acolhimento e o acompanhamento desde a chegada na emergência, sua admissão, trabalho de parto, parto e puerpério, observando as atitudes e o estado emocional em que se encontram durante toda a sua permanência hospitalar.

Acolhimento consiste em relação humanizada e postura de escuta e resolubilidade das ações, com encaminhamento de casos e oferta de opções tecnológicas reconstruindo uma terapêutica individualizada em um panorama coletivo. Implica mudança de atitude dos profissionais, em específico de enfermeiros, com negação da autovalorização prescritiva do modelo clínico, levando à troca de saberes na construção de respostas às necessidades do outro. A acessibilidade complementa o conceito de acolhimento, viabilizando o cuidado que se encontra ligado às características de oferta e disponibilidade do serviço (MELO et al., 2013).

Neste sentido é necessário que os profissionais que trabalham em maternidades estejam atentos para lidar e prestar cuidados adequadamente à demanda das necessidades emocionais advindas do impacto do parto prematuro, alcançando além da mãe, o companheiro e familiares mais próximos, como por exemplo: as avós, podem também necessitar de apoio biopsicossocial, por isso a importância fundamental da atuação da equipe multidisciplinar. Diante dessa realidade surge o questionamento: quais são as repercussões do parto prematuro para a mãe adolescente? Conhecer tais repercussões poderá auxiliar a equipe em uma melhor interação com a adolescente, ajustando as orientações com as reais necessidades dessa jovem mãe. Tais pressupostos são fortalecidos pela prática profissional em sala de parto em que se presenciou um considerável número de internações de adolescentes em trabalho de parto prematuro, sentindo-se a necessidade de prestar cuidados adequados, acolher, dar apoio emocional, neste período preocupante para a adolescente, família e equipe.

A experiência da pesquisadora é resultado de mais de duas décadas partejando e realizando partos de risco habitual em mulheres atendidas em emergência obstétrica de um hospital maternidade de referência terciária em obstetrícia, que vem prestando assistência ao parto desde a década de 20 do século passado.

Diante da contextualização acerca da gravidez na adolescência como um problema social e de saúde pública, e considerando as repercussões no enfrentamento da prematuridade por mulheres adolescentes, justifica-se a relevância deste estudo para a contribuição na melhoria da qualidade da assistência ao parto e a gestão do cuidado de enfermagem na realidade do serviço, além de partilhar com outras instituições que assistem gestantes no parto com o mesmo perfil estudado. Nessa perspectiva o estudo tem como objetivo compreender as repercussões do parto prematuro em mães adolescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Compreender as repercussões do parto prematuro em mães adolescentes.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os sentimentos das mães adolescentes diante do diagnóstico do parto prematuro;
- Conhecer as expectativas das adolescentes diante do cuidar do filho prematuro.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil. Como instituição de caráter federativo, determina o dever de todos os municípios, dos estados e da União de atuar para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão descentralizada do sistema nos limites de seu território. Com a criação do SUS objetivou-se alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária, passando a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (VIEGAS, PENNA, 2013).

Apenas no final do século XX, nos anos 90, as políticas públicas para a juventude figuraram na agenda do Brasil e do mundo. Inicialmente foi concedido o direito de cidadania às crianças e adolescentes, através da lei 8.069 de 13 de julho de 1990 – o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – atribuindo à família e ao Estado o dever de proporcionar condições de desenvolvimento pleno e sadio a esse grupo etário. Esta lei prioriza o atendimento às crianças e adolescentes pelo serviço público, com a formulação, execução e recursos destinados às políticas públicas (PP), pensadas para serem efetuadas de maneira interdisciplinar e intersetorial (GONÇALVES; GARCIA, 2007). Entretanto, o ECA mostrou-se pouco eficaz na elaboração de políticas para a juventude, nas três esferas do governo, em especial em nível municipal, por não haver reconhecimento dos direitos dos jovens ou por políticas descontínuas e ineficazes (OLIVA; KAUCHAKJE, 2009).

Teixeira, Silva e Teixeira (2013) em seu estudo apresentaram como possibilidade a Estratégia de Saúde da Família, sem que sejam, contudo, incorporados conhecimentos para o atendimento às especificidades que envolvem o *ser* adolescente, em foco aquelas em estado gestacional, às práticas profissionais e na gestão da área da saúde, posto que as UBS não se encontram estruturadas para atendimento preventivo ou assistencial da gravidez na adolescência, sobretudo na complexidade que enlaça esta temática. Verificou-se que o caminho a percorrer é

longo e tortuoso para o exercício de uma assistência ética em saúde a este grupo social, já que a incorporação dos conhecimentos de abrangência a esse grupo pressupõe, entre outros fatores, a efetividade dos princípios do SUS, os quais são legitimados pela Constituição Brasileira, mas ainda timidamente praticados no cenário de atenção ao adolescente.

Squizatto e Herculano (2013) afirmam que a adolescência é definida como um período de transição da infância à vida adulta, caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais e, portanto, é uma fase complexa. Esta etapa da vida é distinta pelo desenvolvimento e amadurecimento físico vinculado aos conflitos emocionais intensos. Ao mesmo tempo em que o mundo adulto é desejado, ele é temido pelo adolescente.

A gravidez na adolescência é abordada como um problema social por ser quase unânime que as adolescentes não são preparadas para engravidar, assim como são imaturas para criar seus filhos. Desse ponto de vista a gravidez é classificada como indesejada e, portanto, causadora de consequências sociais negativas, principalmente se estiver associada: baixa escolaridade; condições socioeconômicas desfavoráveis; ausência do companheiro; uso de drogas lícitas ou ilícitas (NERY; TYRREL, 2010, p.15).

Teixeira, Silva e Teixeira (2013) concluem que a dinâmica que envolve a juventude não encontra ressonância nos serviços ou nas estratégias praticadas pelos profissionais de saúde. Acredita-se que a modificação desse cenário se dará pelo empoderamento político dos jovens através do conhecimento e da mobilização social, do reconhecimento de seus direitos a uma assistência diferenciada e integral, coadunando com o ECA. Sob essa ótica parece necessário uma breve reflexão acerca da educação sexual envolvendo alguns aspectos da sexualidade humana e, especialmente no período da adolescência.

3.2 PARTO PREMATURO E PREMATURIDADE

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. Nesse período, o trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações frequentes (uma a cada 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Uma gestação normal tem de 37 a 42 semanas de duração. Sendo assim, um parto é considerado prematuro quando ele acontece antes de 36 semanas e seis dias. Não se conhece ainda todas as causas que levam ao parto prematuro, mas há muita pesquisa na área. Somente 30% dos casos de nascimentos prematuros têm explicação científica (BRASIL, 2012).

Para Bittar e Zugaib (2012) o trabalho de parto prematuro (TPP) é responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. A sua prevenção durante o pré-natal é poucas vezes possível, pois, geralmente, apresenta etiologia multifatorial ou desconhecida. Dessa maneira, a inibição das contrações uterinas ou tocólise é o último recurso preventivo disponível ao obstetra para adiar o nascimento. Sabe-se que a tocólise comumente não evita o parto prematuro, pois as causas desencadeantes do TPP persistem e, na maioria das vezes, é possível apenas abolir as contrações uterinas por algum tempo. No entanto, quando se pode adiar o parto por pelo menos 48 horas, torna-se possível a realização da corticoterapia antenatal e, com isso, a redução do risco de complicações neonatais, tais como a síndrome do desconforto respiratório (SDR), a hemorragia cerebral, a enterocolite necrosante e morte neonatal. Além disso, tal medida permite uma eventual transferência da gestante para outro serviço hospitalar com melhores condições de atendimentos a prematuros.

Existem alguns fatores de risco associados à prematuridade, dentre eles podemos citar:

- Parto prematuro prévio;
- História materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre;
- Idade materna <15 anos ou >40 anos;
- Complicações maternas (clínicas ou obstétricas);
- Tabagismo;
- Ausência de controle pré-natal;
- Situações de alto estresse.
- Gestação múltipla;
- Anomalias congênitas;
- Polidrâmnio;
- Rotura prematura de membranas;
- Descolamento de placenta;
- Presença de DIU;

- Baixo nível socioeconômico;
- Anomalias uterinas;
- Infecções maternas;
- Síndrome antifosfolipídica
- Trauma; (BRASIL, 2012).

Embora a prevenção da prematuridade continue a ser um desafio para a obstetrícia, alguns resultados têm sido obtidos por meio da identificação e tratamento de infecções genitais e trato urinário, assim como, através da adaptação laboral da grávida de risco.

Alguns estudos recentes têm mostrado resultados com o uso de progesterona em grupos de risco. Gestantes com alto risco para parto prematuro, ou seja, parto prematuro anterior, submetidas à cerclagem cervical e portadoras de malformações uterinas devem receber 100 mg de progesterona por via vaginal diariamente a partir de 24 e até 34 semanas de gestação. Para aquelas que apresentarem comprimento cervical $\leq 1,5$ cm em ultrassonografia transvaginal realizada entre 20 e 25 semanas, independentemente de fatores de risco presentes, deve ser considerado o uso de 200 mg de progesterona vaginal diariamente até pelo menos 34 semanas. Para fins de prevenção, toda gestante que for submetida a uma ultrassonografia nesse período deve ter uma avaliação do comprimento cervical por via transvaginal (BRASIL, 2012, p. 71).

Toda gestante em trabalho de parto prematuro deve ser assistida em unidade com recursos adequados para assistência neonatal em prematuridade, ou seja, de nível secundário ou terciário, dependendo da idade gestacional e/ou outros problemas fetais. A melhor forma de transporte de prematuros ainda é no interior do útero da mãe. Não se deve retardar o início do tratamento em vista da transferência materna (BRASIL, 2012).

Para Dória e Spautz (2011) o parto prematuro representa um dos maiores desafios da atualidade para os obstetras. Apenas o conhecimento de seus fatores de risco não reduz a sua incidência, e diversos estudos foram realizados nos últimos anos com o objetivo de predizer ou prevenir sua ocorrência.

Siqueira e Dias (2011), em sua pesquisa apontam o alto investimento para a recuperação de um recém-nascido prematuro de muito baixo peso, que não deve ser colocado em risco. Quando se avalia que ele já não precisa mais dos cuidados tecnológicos do hospital, deve-se garantir que, em casa, esse bebê seja cuidado por sua mãe e por seus familiares de forma adequada. É importante a

elaboração de uma política pública de saúde que garanta aos recém-nascidos prematuros a continuidade da atenção após a alta hospitalar. Essa política deve abranger, inclusive, a garantia do suporte social que a família necessita para cuidar adequadamente da criança.

3.3 PREMATURIDADE DO RECÉM-NASCIDO

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS; CUMAN, 2009).

Prematuridade é a condição em que ocorre a interrupção da gravidez antes do amadurecimento fetal para a vida extrauterina, com o nascimento de uma criança com riscos variáveis, sendo mais acentuados quanto menor for sua idade gestacional (IG) e o peso ao nascer (BRASIL, 2012).

A prematuridade constitui-se em um grande problema de saúde pública, por tratar-se de um determinante de morbimortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento. Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2.500 g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas.

A classificação dos prematuros é fundamentada em três aspectos: IG, peso ao nascer e relação entre IG e peso do nascimento. Utilizando a IG como parâmetro a IG divide-se em três categorias:

A história dos prematuros é multifatorial e variam de acordo com a idade gestacional (IG).

- Limítrofe: recém-nascidos pré-termos com IG entre 35 e 36 semanas, peso entre 2.200 e 2.800g e comprimento entre 45-46 cm, correspondem 65% dos prematuros.

- Moderada: recém-nascidos pré-termos com IG entre 31 e 34 semanas, peso 1.590 e 2.110 g e comprimento entre 29-31,3 cm. Em geral nos serviços de atenção terciárias esses prematuros moderados, apresentam um bom prognóstico, temos com principal complicação que podem chegar ao óbito neonatal, a doença da membrana hialina (DMH).
- Extrema: recém-nascidos pré-termos com IG inferior a 30 semanas, peso menor que 1.000g e comprimento menor que 38 cm, os prematuros classificados com esses parâmetros apresentam um prognóstico grave, em virtude da imaturidade do sistema respiratório (devido a menor quantidade de colágenos e elastina, deficiente em surfactante, dificultando a expansão e vasodilatação); imunológico (devido a maior probabilidade de apresentar maior risco de infecção perinatal); gastrointestinal (predispondo o prematuro a refluxo-gastroesofágico, que pode ser associado apneia).

O Recém-nascido prematuro necessita de cuidados específicos, mesmo após sua alta, tais cuidados deverão ser observados, o que se torna um desafio ainda maior para a mãe adolescente.

Martins et al. (2011), concluem em sua pesquisa, que entre os principais fatores relacionados à prematuridade estão a adolescência e a baixa adesão às consultas de pré-natal. A complexa natureza de cuidados intensivos de crianças prematuras demanda profissionais de saúde altamente qualificados e altos custos de tratamento. Isso nos faz raciocinar que a adoção de políticas que visem o esclarecimento da importância das consultas pré-natal iniciadas precocemente, com equipe multiprofissional, profissionais qualificados para o atendimento de gestantes adolescentes é enfoque primordial na prevenção da gravidez na adolescência, uma vez que a gravidez nesse período da vida tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas.

3.4 MÃES ADOLESCENTES E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A vulnerabilidade e os riscos físicos, emocionais e sociais na qual as adolescentes estão expostas revelam questões como à prática sexual não segura, com o surgimento da gravidez não planejada, dentre outros fatores que fogem do controle no âmbito individual. É neste contexto que deve haver uma assistência

multidisciplinar a essas jovens, principalmente com uma atenção especial no pré-natal das adolescentes (QUEIROZ et al., 2014).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste na modalidade de trabalho coletivo fundamentada na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes das diferentes áreas da saúde. Existe a possibilidade de construção e integração da equipe mesmo em situações nas quais se mantêm relações assimétricas ou desiguais entre os diferentes profissionais de saúde e, tudo ocorre por meio de comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem das ações multiprofissionais e a cooperação mútua entre si. É uma miscelânea de práticas e conhecimentos que permitem o surgimento de mediações capazes de articular ações de integração e cooperação (PEDUZZI et al., 2011).

Ações devem ser implementadas visando melhorar o acesso dessas mães aos serviços de saúde. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde busquem capacitação contínua para atender essas necessidades das adolescentes. Nas Unidades de Saúde, é necessário que sejam feitas intervenções educativas multidisciplinares para adolescentes, não de forma hospitalocêntrica, mas buscando um cuidado holístico, voltado para as necessidades biopsicossociais destas mulheres (NADER; COSME, 2010).

Segundo Oliveira (2011) o trabalho em equipe multiprofissional que incentiva a interdisciplinaridade e o diálogo direto entre profissionais é possível e necessário para melhoria do cuidado aos usuários dos serviços de saúde que buscam resolutividade em seu atendimento.

Monteiro e Vieira (2010) consideram ainda a Educação em Saúde uma estratégia de ação voltada para promoção em saúde, que possibilita o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança além da troca de conhecimento entre os membros dos grupos e os profissionais com o propósito da identificação de opções a serem tomadas para estabelecer atitudes mais saudáveis, possibilitando assim mudanças de comportamentos.

O uso de metodologias participativas como promoção a saúde, conduzem a uma transformação dos sujeitos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade da complexidade dos determinantes de ser saudável e que leva o adolescente a sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade (ALVES; PINTO, 2013).

O trabalho com adolescentes precisa ser inovador, eficaz e ter uma consistência tal, capaz de proporcionar a erupção de novos saberes, considerando outras dimensões acerca da adolescência e sua inserção nos serviços, bem como nuances deste período do desenvolvimento humano que por si só exigem intervenções criativas, relacionadas ao cotidiano e as comunidades em que os adolescentes estão inseridos (ALVES; PINTO, 2013).

Parece ser consenso que o acolhimento a mulher adolescente, perpassa eventos e fatores que necessitam da articulação da interdisciplinaridade na busca da superação da disciplina, para que haja interação entre os saberes estão diferentes e ao mesmo tempo indissociáveis na construção do sentido da vida dessas mulheres. Situando os objetivos propostos para além da compreensão das repercussões da prematuridade, percebe-se a importância do atendimento integrado, completo no âmbito da equipe multidisciplinar, para qual cada integrante contribui para superação e adequação dessa jovem mãe, na experiência do nascimento de um filho prematuro, que pode ser momento singular em sua vida.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa teve como base as respostas norteadas das experiências das mulheres assistidas no parto prematuro, e não no universo numérico. Seu desenho foi delineado segundo a abordagem qualitativa.

A metodologia qualitativa trabalha com o universo de expectativas, da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, dos produtos de interpretação que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, de como sentem e como pensam sobre o mundo e sobre a vida. A autora complementa que o universo das investigações qualitativas é o cotidiano das experiências do senso comum, reinterpretadas pelo sujeito que a vivencia (MINAYO, 2010).

Este estudo foi uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que segundo Minayo (2013), permite o aprofundamento no mundo do significado uma vez que representa dados subjetivos. A pesquisa de cunho qualitativo descreve a complexidade de um determinado problema, analisa sua interação, compreende e classifica dinâmicas experimentadas por grupos sociais, apresenta contribuições no processo de mudanças, cria ou forma opiniões de determinado grupo e permite particularidade de comportamentos e atitudes.

Ludke e André (2013) caracterizam a pesquisa qualitativa como aquela que procura respostas a questões particulares, preocupando-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Nela o interesse por determinado problema, é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações do cotidiano. O significado que as pessoas dão as coisas e a sua vida é foco de atenção especial do pesquisador. Os dados coletados são predominantemente descritivos, ricos em descrições das pessoas, situações e acontecimento.

A pretensão de ter realizado um estudo com mães adolescentes que passaram pela experiência do parto prematuro requereu que optássemos pela pesquisa qualitativa pois seu objetivo é compatível com esse conceito de pesquisa. Segundo Marconi e Lakatos (2007), a abordagem qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do

comportamento humano, além de fornecer análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento.

As repercussões da prematuridade explicitaram aspectos subjetivos que somente foram apreendidos numa abordagem como esta, que possibilitou priorizar a fala e dela captar os significados, suas ações, crença e valores. De tal forma que favoreceu compreender as repercussões da prematuridade no enfrentamento das mães adolescentes em lidar com todas as questões que envolvem a realidade.

Minayo (2013) salienta que a abordagem qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificada, trabalha com o universo dos significados, emoções, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo nas relações.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em um hospital geral e maternidade terciária, de referência estadual, situado na cidade de Fortaleza-Ceará que tem por missão: prestar assistência ao usuário do SUS com excelência nos atendimentos materno-infantil, clínico, cirúrgico, ensino e pesquisa e tem por valores: excelência, ética, humanização, transparência, compromisso e respeito. Constitui-se num complexo hospitalar, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, de grande magnitude e de reconhecida excelência na prestação de serviços de saúde para todo o Ceará. Compreende as seguintes unidades que são bem integradas e com estruturas independentes e adequadas para o desempenho das suas atividades. Atualmente, são 1705 funcionários, são realizados cerca de 400 partos por mês, quase 20000 exames, 5000 consultas ambulatoriais, 350 cirurgias e cerca de 1000 internações. Ao todo são 276 leitos, 12 leitos de UTI adulto, 36 leitos médio risco e 21 leitos de UTI neonatal. O serviço de obstetrícia é constituído pelo Acolhimento com Classificação de Risco que acolhe a gestante na sua chegada hospitalar. Possui duas salas de Parto, em que se divide por complexidade de pacientes (risco habitual e alto risco), contendo em sua totalidade 16 leitos nas salas de parto, 3 blocos de alojamento conjunto, com um total de 84 leitos, e ainda o serviço de casa da gestante que conta com 10 leitos. Centro cirúrgico obstétrico que possui 3 salas cirúrgicas. No âmbito do pré-natal de alto risco, essa instituição possui atendimento ambulatorial em várias especialidades médicas como: medicina fetal, trombofilia,

diabetes, hipertensão, hepatites, entre outras áreas tais como: psicologia, enfermagem e serviço social. A maternidade é referência estadual para gestante de alto risco, ou seja, aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada, e está inserida na política de humanização ao parto e nascimento preconizado pelo ministério da saúde através da rede cegonha.

A família, esposo e avós também têm acesso a este local durante todo o dia, pois no hospital a visita é aberta. Para o deslocamento diário das mães de sua residência via hospital é disponibilizado vale-transporte. A alimentação é ofertada gratuitamente com base em uma dieta nutricional recomendada para mulheres em período de amamentação.

A equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicólogo, busca proporcionar uma acolhida que favorece o vínculo do binômio mãe-filho. Em caso das mães e familiares apresentarem sinais de problemas emocionais, o suporte psicológico será disponibilizado através do profissional psicólogo do bloco obstétrico. Nesse local acontecem reuniões, palestras, encontros, apresentação de vídeos e filmes educativos. Para otimização do tempo e tornar o ambiente mais acolhedor, estas realizam trabalhos manuais e expõem os seus trabalhos no próprio setor em dias festivos.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo dez mães adolescentes no período puerperal, que tiveram por diagnóstico parto prematuro e permaneciam internadas ou não na unidade hospitalar, acompanhando seus recém-nascidos na unidade neonatal.

Utilizou-se o livro de registros da emergência obstétrica para selecionar as participantes diagnosticadas com parto prematuro. O contato ocorreu nas salas de parto, através de visitas às puérperas com esclarecimentos e convite para participação na pesquisa, após a aceitação, agendávamos a entrevista, a partir do sétimo dia do puerpério no setor de acolhimento materno, unidade de acompanhamento de puérperas lactantes após alta hospitalar cujos recém-nascidos permanecem internados em unidades neonatais.

Foram considerados critérios de inclusão no estudo: mães adolescentes de bebês prematuros que estavam em condições emocionais de modo a favorecer o diálogo com o entrevistador, estas foram convidadas a participar do estudo e manifestaram seu aceite com a assinatura do termo de assentimento (TA) (APÊNDICE A) e do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) do responsável. Foi assegurado as participantes que nenhum prejuízo lhes era impugnado ao aceitar nosso convite e que poderiam desistir em qualquer momento da entrevista. Tivemos como critério de exclusão mães adolescente que apresentaram dificuldade de comunicação por qualquer motivo.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A obtenção dos discursos maternos aconteceu no período de março a maio de 2016, após a liberação pelo comitê de ética da instituição proponente. Utilizou-se para a coleta de dados uma entrevista semiestruturada, realizadas com as participantes, ou seja, mães adolescentes que tiveram parto prematuro, a partir do sétimo dia de puerpério, e que acompanhavam os seus recém-nascidos internados nas unidades neonatais após consentimento e assinatura do (TCLE) e (TA).

A entrevista semiestruturada facilita a abordagem, assegura que todos os pressupostos sejam cobertos na conversa e permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender a pergunta feita pelo entrevistador (MINAYO, 2013).

Conforme a supracitada autora, a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objetivo de pesquisa, e abordagem, pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.

O instrumento de coleta foi composto por duas partes: um formulário para registro de dados demográficos e socioeconômicos; e a segunda contendo as seguintes questões norteadoras: Como foi para você ter um parto prematuro? Como você se sentiu quando soube que o recém-nascido nasceria antes do tempo? Como será para você cuidar do seu filho prematuro? Ressalte-se que as questões propostas não excluíram a possibilidade de outras perguntas formuladas,

estabelecendo-se assim uma relação dialógica e empática entre pesquisador e entrevistada.

Segundo Bardin (2010), a entrevista traduz uma fala relativamente espontânea, com um discurso falado, que uma pessoa – entrevistado – orchestra mais ou menos a sua vontade. A subjetividade está muito presente: uma pessoa fala. Diz “eu”, com o seu próprio sistema de pensamentos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afetividade e a afloração do seu inconsciente.

Isto aduz a adequação na utilização da entrevista semiestruturada neste estudo, pois se procura compreender a experiência de mães adolescentes com a prematuridade e as repercussões na suas vidas. A subjetividade que esse tipo de entrevista possui, possibilita um meio para se chegar aos sentimentos, enfrentamentos e repercussões de um recém-nascido prematuro na vida de uma mãe adolescente. Permite ao pesquisado expor suas ideias e sentimentos por meio de suas experiências vivenciadas.

No roteiro da entrevista constaram algumas variáveis que serviram para caracterizar as mães adolescentes entrevistadas. Essas variáveis foram: idade, procedência, ocupação, escolaridade, estado civil, número de gestação, mantenedor das despesas, renda familiar, tipo de parto, acompanhante no parto, problemas de saúde na gravidez. Os dados selecionados dos recém-nascidos são: pesos ao nascer e idade gestacional.

Optou-se por assim fazer, por ser o período que as mães adolescentes já se encontravam de alta e permaneciam como acompanhantes do seu recém-nascido internado nas unidades neonatais, momento que essas mães já estavam vivenciando o aprender cuidar, a evolução do tratamento e mantendo o vínculo binômio mãe-filho tão importante para o aprendizado de ser mãe de recém-nascido prematuro.

As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora com um aparelho MP3, marca *Goldentec*. Após execução da entrevistas, estes discursos foram transcritos e digitados pela pesquisadora no mesmo dia, para evitar perda dos detalhes das falas das entrevistadas para análise posterior. A transcrição das falas foi feita na íntegra como indica Garcez, Duarte e Eisenberg (2011), por considerar que, assim, já se pode ir fazendo interpretações, à medida que os dados vão sendo coletados,

propiciando reflexões que aperfeiçoam a escuta dos conteúdos das respostas e afinam a percepção sobre o fenômeno estudado.

Durante as entrevistas não houve interrupção das falas das mães adolescentes. Manteve-se uma atitude de acolhimento, com escuta qualificada, deixando-as à vontade para falar sobre os seus sentimentos, em alguns momentos, percebeu-se a necessidade de formular perguntas complementares, favorecendo a continuidade da entrevista ou melhorar a elucidação das falas, visto que, em determinados momentos, a mãe adolescente apresentava-se tímida.

As entrevistas foram finalizadas quando as adolescentes demonstraram sinais de exaustão no assunto. As entrevistas foram gravadas após autorização das mães adolescentes e realizadas em área confortável em sala reservada no acolhimento materno, sendo conduzida pela entrevistadora, com duração em média de 30 minutos, e, após a conclusão, foram feitos agradecimentos enaltecendo a importância da participação.

O número final de participantes entrevistadas foi determinado somente após a conclusão das entrevistas utilizando para tanto o critério de saturação teórica, que, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2011), ocorre quando novos dados ou tipos de enunciados não são, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas.

Amostragem por saturação teórica é uma ferramenta conceitual, frequentemente empregada em investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

Cada mãe adolescente entrevistada foi identificada por abreviações: AD1, AD2, AD3, AD4, AD5, AD6, AD7, AD8, AD9, AD10, a fim de preservar o anonimato.

4.5 PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise de dados seguiu a sistematização que teve início com a leitura exaustiva dos textos transcritos das entrevistas, onde se extraiu os discursos que mostraram conceitos vividos e experimentados por essas mães adolescentes durante a experiência de gravidez na adolescência, parto e nascimento prematuro. Estes conceitos formam as partes de um todo.

Os relatos das mães foram submetidos à análise temática proposta por Minayo (2013), e que pode ser definida como a descoberta dos núcleos de sentidos, que constituem uma comunicação acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto que está sendo estudado.

A análise temática desdobra-se em três etapas:

- Primeira etapa: Pré-análise, esta consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa.
- Segunda etapa: Exploração do material, que consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar um núcleo de compreensão do texto. O investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais os conteúdos de uma fala serão organizados.
- Terceira etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nesta os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

Durante a leitura foram delimitadas as ideias nucleares, com os recortes expressivos, identificando-se a significação de cada ideia, que a partir de então foi denominada unidade de significado.

Os recortes expressivos foram extraídos de discursos relatados pela vivência individual das entrevistadas em relação à experiência de viver um parto prematuro.

Corroborando com esta análise para o estudo, Russ (2010) defende que os fragmentos, as partes da experiência de cada mãe corresponderão ou a uma intuição sensível direta, ou a uma vivência individual e subjetiva, ou ainda a uma apreensão por meio de conceito isolado. Estas são verdades isoladas, inteiramente reais e existentes.

Segundo Cavalcante (2012), o recorte é visualizado quando se busca nos discursos as unidades de significado. Estas unidades são as verdades parciais identificadas por estas mães no cuidar de seus filhos, não sendo ainda as verdades

efetivas. Estas são ditas como o imediato, aquilo que não se comporta intermediário e que nestas condições, se dá como primeiro, original, pré-reflexivo, simplesmente vivido, instantâneo.

Das entrevistas transcritas, digitadas e analisadas foram retiradas de cada discurso um total de 255 recortes expressivos.

Segundo Moreira; Simões e Porto (2005), o pesquisador preocupa-se em conseguir o sentido geral das proposições, prendendo-se a capacidade de compreender a linguagem dos sujeitos. Essas unidades agora selecionadas, irão se constituir nas unidades de significados, que representam o sentido das ideias dos sujeitos pesquisados.

O discurso pode ser classificado ou decomposto em unidades mais abrangentes (unidades de contexto) e unidades específicas (unidades de registro). A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos, por recorte, agregação e enumeração, em unidades de registro. Essas unidades devem representar o conteúdo significativo e refletir todas as características pertinentes ao conteúdo. As unidades de registro representam unidades de significação a serem codificadas, permitem a categorização e a contagem frequencial (FARIAS, 2006).

Tal fenômeno é corroborado por Rabelo (2012) como uma mesma unidade de significado e aparece em diferentes entrevistas, demonstrando que a vivência desse momento, embora singular para cada uma das mães entrevistadas, consiste em um fenômeno que pode ser desvelado na medida em que surgem significados que se assemelham entre si.

Após a análise das unidades de significado, aconteceu a primeira redução (REDUÇÃO 1), quando as 255 unidades de registro foram organizadas em 42 subtemas, sendo estes: A partir do movimento de redução, foram transformados em 42 unidades de significado:

Quadro 1 – Unidades de significado e redução

(continua)

UNIDADE DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO I
Gravidez planejada	Gravidez na adolescência
Expectativa de gravidez normal	
Gravidez não planejada	
Complicação na gravidez	
Reincidência da gravidez na adolescência	
Aceitação da gravidez na adolescência	
Itinerário terapêutico	
Nascimento prematuro	Nascimento prematuro
Prematuridade	
Riscos da prematuridade	
Riscos desconhecidos	
Apoio da comunidade	
Expectativa de alta do recém-nascido prematuro	Expectativa relacionada ao recém-nascido prematuro
Expectativa de sobrevivência do recém-nascido	
Expectativas de cuidados com recém-nascido	
Expectativas de cuidados do bebê com ajuda materna	
Apoio familiar	Apoio familiar na aceitação da gravidez
Dependência financeira familiar	
Relacionamento familiar	
Aceitação da família da gravidez na adolescência	
Violência doméstica	
Relacionamento conjugal conturbado	
Progresso do tratamento na unidade de terapia intensiva	Acompanhamento da mãe adolescente durante o período de internação do recém-nascido
Restrição de vínculo com bebê internado	
Estresse durante o internamento do recém-nascido	
Ansiedade em relação ao tratamento	
Manutenção do vínculo durante o período de internação	
Apoio da comunidade	

Quadro 1 – Unidades de significado e redução

(conclusão)

UNIDADE DE SIGNIFICADO	REDUÇÃO I
Sentimentos diante do parto prematuro	Sentimentos e enfrentamentos diante das experiências de parto e nascimento prematuro
Experiência anterior de parto prematuro	
Vivência de perda neonatal	
Vivência de perda fetal	
Enfrentamento diante de dificuldades	
Labilidade emocional	
Apoio religioso	
Isolamento social	
Assistência Obstétrica	Condutas adequadas e inadequadas na assistência obstétrica
Violência obstétrica	
Responsabilidade da adolescente como mãe	Transformação e responsabilidade da mãe adolescente
Transformação de adolescente para mãe	
Vida cotidiana	Perspectiva do futuro das mães adolescentes
Planos futuros	

Fonte: Elaborado pela autora

Esses subtemas foram submetidos a uma nova redução, (REDUÇÃO 2) que resultou em nove unidades temáticas, estas unidades são maiores que a unidade de significado e geralmente irão conter várias unidades de significados. As unidades temáticas são importantes quando se retorna ao material de forma integral para analisar o contexto na qual estava inserido um determinado fragmento (SANTOS; SOARES; FONTOURA, 2004).

Segundo Santos, Soares e Fontoura (2004) as categorias são o produto de um esforço, no qual extraem-se de uma mensagem seus aspectos mais importantes. Consiste em agrupar dados de acordo com a similitude que apresentam. Os critérios desta semelhança podem ser semânticas, o que origina categorias temáticas, sintáticos, definindo as categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos e outros. As categorias podem ser definidas a priori ou surgir a partir dos dados. O pesquisador deve buscar o equilíbrio para que não precise recorrer a um número elevado de categorias, sem, ao mesmo tempo, deixar de abarcar temas necessários à análise.

Quadro 2 – Redução I, Redução II

REDUÇÃO I	REDUÇÃO II
Gravidez na adolescência	Gravidez na adolescência
Apoio familiar na aceitação da gravidez	
Transformação e responsabilidade da mãe adolescente	
Perspectiva do futuro das mães adolescentes	
Nascimento prematuro	Sentimentos e enfrentamentos na experiência de parto e nascimento prematuro
Sentimentos e enfrentamentos diante das experiências de parto e nascimento prematuro	
Condutas adequadas e inadequadas na assistência obstétrica	
Expectativa relacionada ao recém-nascido prematuro	Acompanhamento no internamento e expectativas relacionadas aos cuidados com o recém-nascido prematuro
Acompanhamento da mãe adolescente durante o período de internação do recém-nascido	

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 – Redução II, Categorias

REDUÇÃO II	CATEGORIAS
Gravidez na adolescência	Gravidez na adolescência
Sentimentos e enfrentamentos na experiência de parto e nascimento prematuro	Sentimentos e enfrentamentos da mãe adolescente na experiência de parto e nascimento prematuro
Acompanhamento no internamento e expectativas relacionadas aos cuidados com o recém-nascido prematuro	

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 – Categorias temáticas

CATEGORIAS TEMÁTICAS
Gravidez na adolescência
Sentimentos e enfrentamentos da mãe adolescente na experiência de parto e nascimento prematuro

Fonte: Elaborado pela autora

Após conclusão da organização dos discursos e extração dos significados, estes foram organizados em categorias temáticas e submetidos à análise fundamentada em diferentes autores para o alcance dos objetivos propostos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram assegurados os princípios éticos e legais para pesquisa em seres humanos, segundo a resolução n.º466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS). O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Instituição preponente que sediou o estudo, para a apreciação e aprovação, buscou-se ainda deferimento da diretoria da instituição, por meio do termo de TCLE. Para definir os direitos e deveres do pesquisador e dos sujeitos participantes do estudo, a Resolução n.º 466/12 levou-se em consideração os aspectos de autonomia, não maleficência, benefício e justiça, os quais foram respeitados.

Quanto aos riscos foram mínimos, entretanto não ocorreu nenhum desconforto emocional, ao relatar o enfrentamento gerado pela situação da vivência da prematuridade do seu recém-nascido. Os benefícios serão amplos uma vez que, o estudo possibilitará aos enfermeiros obstetras compreender como as mães enfrentam as repercussões do parto prematuro e com isso favorecer a gestão do cuidado de enfermagem, lidando adequadamente com as demandas da realidade advindas do parto prematuro.

5 COMPREENSÃO DO ESTUDO

O foco deste estudo objetivou compreender as repercussões do parto prematuro em mães adolescentes, a partir da descrição dos sentimentos dessas mães diante do diagnóstico ou evento de parto prematuro e as expectativas delas frente ao cuidar de um filho prematuro.

O caminho percorrido foi o discurso da adolescente que vivencia a experiência do parto prematuro e por meio destas falas, nos apropriamos dos significados, sintetizados em recortes expressivos, embora explicitadas por falas de modos diferentes, mas que convergem para significados próximos, atingindo os objetivos propostos.

Assim as categorias temáticas, gravidez na adolescência, sentimentos e enfrentamentos na experiência de parto e nascimento prematuro representam o resultado que constituiu no agrupamento dos discursos de acordo com a similitude do conteúdo discursivo que apresentam. Nestas, se traduz a compreensão de significados possíveis da situação de ser mãe de recém-nascido prematuro ainda na adolescência em meio a sentimentos e enfrentamentos diversos.

Na sequência será abordada a caracterização do perfil clínico-social das mães adolescentes, que surgiu em decorrência das questões estruturadas extraídas das entrevistas e as categorias temáticas que emergiram de acordo com os temas propostos no roteiro da entrevista semiestruturada.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-SOCIAL DAS MÃES ADOLESCENTES

Os dados sociodemográficos e econômicos foram analisados utilizando a estatística descritiva.

Quadro 5 – Dados sociodemográficos e econômicos

	Idad	Profissão	Escolarida	Procedênc	Histórico	Estado	Respons	Renda	Raça
AD1	15	Do Lar	Fundamental	Várzea Alegre	G1P0A0	União Consens	Marido	1 salário	Parda
AD2	17	Estudante	Nível Médio Incompleto	Fortaleza	G1P1NA0	União Consens	Sogra	1 salário mínimo	Parda
AD3	18	Do Lar	Nível	Boa	G1P1NA0	Casada	Marido	1	Pard
AD4	17	Do Lar	Nível Médio	Jaguaretama	G1P1NA0	União Consens	Marido	1 salário	Parda
AD5	18	Do Lar	Nível Médio	Itapajé	G1P1CA0	União Consens	Marido	1 salário	Parda
AD6	17	Estudante	Nível Médio Incompleto	Caucaia	G1P1CA0	Solteira	Pais	2 salários	Parda
AD7	19	Costureira	Fundamental	Maracanaú	G3P2CA1	União Consens	Marido	1 salário	Parda
AD8	18	Do Lar	Fundamental Incompleto	Fortaleza	G1P1CA0	União Consensual	Marido	1,5 salário mínimo	Parda
AD9	16	Estudante	Nível Médio Incompleto	Itapajé	G1P1NA0	Casada	Mãe	1 salário Mínimo	Branca
AD10	16	Do Lar	Fundamental Completo	Caucaia	G1P1NA0	União Consensual	Sogra	1 salário mínimo	Parda

Fonte: Elaborado pela autora

As idades das adolescentes variaram entre quinze e dezenove anos. Do universo de dez participantes revelou-se que oito procediam de outros municípios como Caucaia, Maracanaú, Itapajé, Jaguaratama, Boa Viagem e Várzea Alegre. Duas das entrevistadas eram procedentes da cidade de Fortaleza, local esse que sediou a realização da pesquisa; seis apresentaram-se com o grau de instrução de ensino médio concluído ou incompleto, as demais concluíram ou não o ensino fundamental. Com relação à ocupação, verificou-se que seis eram donas de casa e três eram estudantes. Sobre o número de gestações sete eram primíparas, enquanto as demais estavam entre a segunda e terceira gestação. Seis tinham por provedor financeiro os seus maridos, as demais tinham por responsável financeiro os pais ou a sogra. Das participantes, duas eram casadas, sete conviviam com seus

cônjuges em união consensual e uma era solteira. Quanto à raça, predominou a parda, totalizando nove adolescentes.

Quadro 6 – Características das mães entrevistadas

Entrevistada	Problemas de saúde na gravidez	Internamento durante a gestação	Tipo de Parto	Acompanhante e no parto	Idade Gestacional	Peso de RN
AD1	Perda de Líquido Amniótico e Hipertensão	Sim	Cesárea	Não	31sem	1.115 g
AD2	Infecção Urinária	Sim	Normal	Não	24sem	570 g
AD3	Não	Não	Normal	Não	31sem	1.395 g
AD4	Não		Normal	Não	34 sem	1.730 g
AD5	Hipertensão	Sim	Cesárea	Não	32 sem	1.230 g
AD6	Perda de Líquido Amniótico	Sim	Cesárea	Não	34sem	1.845 g
AD7	Perda de Líquido	Sim	Cesárea	Não	34sem	1.420 g
AD8	Trabalho de Parto Prematuro	Sim	Cesárea	Não	34 sem	1.400 g
AD9	Infecção Urinária	Sim	Normal	Não	28 sem	1.290 g
AD10	Infecção Urinária	Sim	Normal	Não	29 sem	1.300 g

Fonte: Elaborado pela autora

Analisando o quadro acima se percebe que apenas duas entrevistadas não apresentaram problemas de saúde durante o período gestacional, as demais apresentaram Infecção Urinária, Hipertensão Gestacional, que desenvolveu a pré-eclâmpsia. Algumas pesquisas mostram que síndromes hipertensivas na gestação merecem especial destaque no cenário da saúde pública mundial, pois atualmente

representam a terceira causa de mortalidade materna no mundo e a primeira no Brasil (NORONHA NETO, SOUZA, AMORIM, 2010). De acordo com a Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA), a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) encontra-se em destaque com 179 óbitos, sendo a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia as principais patologias. O adequado acompanhamento do pré-natal permite identificar, em tempo hábil, as situações de risco tanto para a mãe, como para o feto (CEARÁ, 2013).

A Hipertensão pode ser considerada a primeira causa de morte materna no Brasil. Mesmo com todo o conhecimento científico acumulado nos últimos anos, a pré-eclâmpsia continua sendo uma síndrome que leva a graves repercussões maternas e fetais, conhecendo-se muito pouco a respeito de sua etiologia. Várias teorias foram propostas na tentativa de compreender o quadro clínico. A melhor terapêutica para essa síndrome em diversos momentos do ciclo gravídico-puerperal deve ser individualizada, visando sempre a redução dos altos índices de morbimortalidade materna e fetal por prevenção de complicações, particularmente durante o puerpério (NORONHA NETO, SOUZA, AMORIM, 2010).

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto. Assim, na tentativa de prevenir complicações perinatais, várias condutas têm sido propostas enquanto não é possível ou recomendável interromper a gravidez, como corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, expansão do volume plasmático, hospitalização com repouso materno, terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo (NORONHA NETO, SOUZA, AMORIM, 2010).

Duas adolescentes foram identificadas com Amniorrex prematura pré-termo (20%), e uma gestante apresentou Hipertensão e Amniorrex prematura pré-termo (10%). A ruptura prematura de membranas (RPM) amnióticas, que é a perda de líquido amniótico antes de iniciado o trabalho de parto, ocorre em 2 a 18% das gestações, é causa de 30 a 40% dos partos prematuros e de 20% dos óbitos perinatais (GOLINO; CHEIN; BRITO, 2006).

Em relação ao tipo de parto não houve diferença, ambos totalizaram cinco participantes (50%) partos vaginais e cinco (50%) cesáreas.

Vale ressaltar que as dez (100%) das mães adolescentes não tiveram acompanhantes durante o momento do parto, tendo em vista que em 7 de abril de 2005 foi sancionada a LEI Nº 11.108, que obriga os serviços de saúde do Sistema

Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (BRASIL, 2005).

Para Petroni et al. (2012), a presença de um familiar é uma importante dimensão do cuidado, especialmente em momentos de crise, como é o caso da gestação de alto risco, tornando-se um aliado do profissional de saúde na hora das orientações, sendo um agente estimulador para a gestante nos cuidados a ela prestados, na medida em que essa contribuição é reconhecida pelos familiares, tornando-se ainda mais vantajosa.

Na análise das informações relacionadas aos recém-nascidos das mães adolescentes, estes apresentaram peso ao nascer entre 570 gramas e 1845 gramas. Com relação à idade gestacional (IG), dois tiveram a IG abaixo de 29 semanas e os demais se mostraram com IG entre 29 semanas e 34 semanas. A prematuridade é o fator que contribui de forma mais significativa para a morbidade e mortalidade neonatal. Existe uma relação inversa entre a idade gestacional no momento do parto e a sobrevivência neonatal (LOPES et al., 2004).

5.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é problema mundial de saúde pública, pois atinge principalmente a classe social mais desfavorecida economicamente, com menores níveis de escolaridade, além de trazer repercussões biológicas, familiares, emocionais, sociais, limita e pode adiar projetos de vida das adolescentes. (CORTÊS, 2012).

A gravidez na adolescência, primeira categoria temática, está relacionada com significados compreendidos a partir da verbalização das mães frente à gravidez não planejada, planejada, complicações na gravidez, itinerário terapêutico e gravidez recorrente na adolescência.

Mediante as implicações acima introduzidas acerca da temática prossegue-se com a compreensão pretendida a partir das unidades de significados que aparecem nas diferentes entrevistas realizadas com as mães adolescentes, entre as quais se destaca a gravidez não planejada.

O fenômeno gravidez não planejada foi desvelado na medida em que surgiram significados que se assemelharam entre si. Mediante isso as inferências das falas foram facilmente absorvidas, para compreensão dos conteúdos da gestação não planejada, explicitadas pelas participantes, que, demonstram o temor de serem submetidas aos valores críticos da família e da sociedade, caracterizados por questões de natureza psicossociais, conflitos, ansiedade, medo, anseio e as outras dificuldades encontradas.

A partir dos relatos, percebeu-se que, para algumas adolescentes a gravidez não foi planejada, embora esse fato traga mudanças nos projetos de vida, a criança era bem-vinda e até mesmo desejada como se pode observar nas seguintes falas:

Não foi planejada, mas foi aceita, mesmo que não fosse planejada, eu quero muito ela, mas é difícil, pessoas criticam. Ser mãe nova, realmente é muito difícil, tem muita crítica, também das pessoas. (AD2).

Digamos que não foi tão planejada, mas já que veio vamos cuidar, não vamos desprezar a criança não tem culpa. (AD6)

Na primeira gravidez eu tinha dezessete anos e não planejei nenhuma. Fazia oito meses que eu tinha parado de tomar injeção, aí eu engravidei dela. (AD7)

Tomava ciclo 21, aí no que aconteceu. Eu achava que ia engravidar depois dos trinta, mas achei bom. (AD3)

Observa-se que mesmo não sendo planejada a mãe adolescente não afasta a aceitação da maternidade, e apesar da juventude, não se esquiva da responsabilidade em assumir, cuidar e criar seu filho. Diante do inesperado a mãe adolescente se encanta com a maternidade.

Apesar da situação inusitada de ser mãe adolescente oriunda de gravidez não planejada e das complicações que podem acarretar críticas ou falta de apoio pela condição da idade cronológica, mesmo assim, as adolescentes referem disposição para enfrentar todas as dificuldades, na espera do nascimento.

Diante da gravidez não planejada, as mães explicitam que o nascimento seria bem aceito. Revelam aspectos adaptativos frente à gravidez não esperada, mostrando que as mães adolescentes sentem um grande amor pelo o filho e a partir disso, são capazes de assumir a maternidade e a educação dos filhos para si, além de realizar suas necessidades de cuidados diários.

Citando Nery (2012) algumas evidências têm caracterizado a gravidez na adolescência como um fenômeno negativo, indesejado e inoportuno, com desfechos sociais e familiares desfavoráveis, porém na contramão desta constatação estão às adolescentes que veem na gestação uma atividade bem sucedida, o ideal capaz de promover mudanças de vida e de valores, conquista da autonomia, da independência social e da compreensão de suas subjetividades.

Em vista disso, entende-se que a gravidez não planejada é uma situação que favorece preocupações, parece existir um espaço vazio que acumula as incertezas e questionamentos que podem contribuir para potencializar insegurança frente à condução das demandas surgidas no cuidado com o filho, principalmente por ser prematuro.

Compreende-se que o fenômeno gravidez na adolescência não se define só com impactos negativos e não se constitui apenas um problema para a vida dessas adolescentes, pois ao ser planejada e esperada, faz parte dos projetos de vida, como forma de exercer na plenitude seus direitos, e usufruir seu novo papel social.

A partir dos relatos das adolescentes percebeu-se que em alguns casos a gravidez foi planejada, esperada e desejada, pois já se encontravam em união consensual ou casadas, fato constatado nas falas abaixo:

Aí a gravidez. Eu peguei e planejei, ele não queria, mas eu quis. (AD1)

Sei lá. Minha gravidez foi boa, planejada. Queria ser mãe. Já estou junta há três anos, sou filha única. Queria muito ser mãe. Queria sentir como era ser mãe pela primeira vez. (AD4)

Eu planejei. Eu tinha problema para engravidar. Aí o médico disse que eu precisava tomar remédio se eu quisesse engravidar. (AD5)

A gente tinha planejado ter ela, só que a gente tentou, tentou por um tempo e não conseguiu e quando a gente desistiu descobri que estava grávida. (AD9).

Percebe-se nas falas que as adolecentes desenvolvem planos de vida, e dentro dos seus planos a maternidade está presente, mesmo que para a sociedade a maternidade precoce ainda seja vista como um empecilho e atraso no seu desenvolvimento estudantil e profissional. Diante da maternidade o que prevalece é a dependência que o novo ser requer de sua mãe, fazendo com que a mesma adie

seus planos pessoais para exercer a maternidade dando-lhe a dedicação que o momento exige.

Soares e Lopes (2011) confirmam que em alguns casos, o filho constitui-se no próprio projeto de vida para as adolescentes, uma vez que, ao serem mãe e dona de casa estas consideram cumprir seu papel social.

As mães entrevistadas assumem com veemência a decisão sobre a gravidez, definindo-se como protagonista e deixando, muitas vezes, o parceiro à margem dessa escolha. Seu corpo, sua escolha: ser mãe. Por outro lado, em algumas falas percebe-se que algumas mães decidem com anuência do parceiro sobre o planejamento, outras agem com independência e fazem seus próprios planos para a gestação.

Silva e Tonete (2006) observam que em uma sociedade que compreende o matrimônio como condição prévia para formação de uma família, a união estável com o pai da criança contribui para a representação da gestação precoce como um evento natural e desejado.

Independentemente de ser planejada ou não, a expectativa da mãe adolescente é que seja uma gravidez normal, que transcorra sem nenhuma intercorrência, porém com o acontecimento da prematuridade essa adolescente é surpreendida pela interrupção precoce da gestação.

Para Botelho (2011), ainda que o nascimento seja visto como a realização de um sonho, o fato de nascer antes do tempo normalmente resulta na internação do recém-nascido em uma unidade neonatal, levando a família a conviver diariamente com sentimento de tristeza, angústia e medo uma vez que começa a frequentar um ambiente desconhecido até mesmo assustador.

Diante das entrevistas observou-se que várias participantes desconheciam as implicações de engravidar em idade tão jovem e os riscos advindos da gravidez nessa faixa etária. Nas falas torna-se possível compreender as expectativas, de uma gravidez normal.

Achava que ia até os nove meses. [...] Muita gente tem tudo normal. Ninguém pensa nisso, espera tudo normal. (AD1)

Nem sabia que nenhum ia ser assim [...] Eu não tinha complicação na gravidez. (AD7)

[...] Pensei que ela nasceria nos nove meses com saúde, pra mim levar ela pra casa logo e não teria que vir todo dia. Tudo foi diferente do que eu pensei que seria. (AD9).

Queiroz et al. (2014), em seu estudo sobre Perfil da Gravidez na Adolescência e Ocorrências Clínico-Obstétrica, relataram que 51,1% dos bebês nasceram com alguma complicação, sendo a prematuridade a mais recorrente, representa a metade dos casos. Resulta na necessidade de assistência integral, pois além das modificações da própria gravidez, coexistem as transformações da adolescência, as quais podem potencializar os riscos para ela mesma e/ou para o bebê.

Corroborando com as afirmações dos autores acima, entende-se que a gravidez precoce traz riscos para a adolescente e seu conceito, e ao engravidar por falta de conhecimento, espera que a gravidez transcorra sem intercorrências e diante de uma complicação ocorrida as adolescentes apresentam-se fragilizadas.

A prematuridade do recém-nascido retira da adolescente a oportunidade de levar para casa seu filho logo após o nascimento e adia a chegada do novo membro da família em seu lar e o momento da comemoração.

Mediante a situação de prematuridade, faz-se necessário uma assistência hospitalar especializada, inicia-se assim a peregrinação em busca de atendimento em hospitais de alta complexidade, em que as adolescentes são arrancadas do seu seio familiar/comunidade a procura de um local apropriado para o seu parto. Foi constatado nas falas das participantes, as dificuldades, preocupações e angústias buscando uma assistência obstétrica adequada para as complicações vivenciadas por essas adolescentes.

Vim de Boa Viagem, porque lá não tem “sustentabilidade”, fui para Canindé, não tinha incubadora e vim pra cá. (AD3)

[...] sentir as dores, fui para o hospital de Jaguaretama. Fui transferida para o Hospital de Morada Nova, mas não fomos prá lá, porque eu já estava com seis centímetros, [...]. A enfermeira de Jaguaretama conseguiu a vaga. (AD4).

Primeiramente eu fui para o hospital de lá às duas e trinta da manhã, [...] me disse que eu estava com dois centímetros de dilatação. Precisava de um bom hospital que tivesse suporte para minha filha poder sobreviver. (AD9)

Martins (2011) conceitua que itinerário terapêutico pode ser entendido como as escolhas, as avaliações e as aderências feitas pelos indivíduos a determinadas formas de tratamento, não se limitando à identificação e à disponibilidade dos serviços de saúde oferecidos, e sim com as diferentes buscas individuais e as possibilidades socioculturais de cada paciente. Sobretudo uma sequência de decisões que podem ser individuais ou contar com a participação de vários indivíduos com diferentes interpretações sobre a identificação da doença e do tratamento correto a ser seguido, dentre eles o percurso seguido em busca do tratamento e da cura, e até mesmo as avaliações equivocadas em torno dos diagnósticos obtidos. Foi observado na trajetória das gestantes adolescentes.

Nas expressões das falas e na vivência profissional pode-se considerar que vagas de alto risco são conseguidas por intermédio de alguém conhecido no serviço, e/ou são transferidas nas ambulâncias dos municípios de sua procedência sem contato prévio com o serviço, quando profissionais das unidades hospitalares municipais acharem conveniente encaminhar para os hospitais terciários.

Nos discursos entendemos que não se trata de conseguir qualquer tipo de vaga, as adolescentes são enfáticas ao referir que precisavam de um local onde as chances de seus bebês aumentassem, vivenciam desse modo a primeira ameaça de seu filho não sobreviver.

Com essas atitudes observa-se uma grande demanda de transferências adequadas e inadequadas de municípios do interior do estado, o que ocasiona superlotações dos serviços que atendem alto risco, tanto nos serviços de obstetrícia, como de neonatologia.

Uma política que tem como proposta melhorar a assistência a mulher no ciclo gravídico é a Rede Cegonha (RC), que está inserida na discussão de Rede de Atenção em Saúde (RAS). O objetivo da RAS é promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil. Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a RC parte do diagnóstico de que as mortalidades maternas e infantis permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e um uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha foi lançada no Brasil em 2011 e tem o objetivo de ampliar o direito ao acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto e vaga sempre para gestantes e bebês. Um dos objetivos da RC é reforçar a rede hospitalar convencional, com os lemas “Gestantes não peregrinos e Vaga sempre para gestantes e bebês”, o que na prática significa sempre oferecer vaga para gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde.

Observamos na nossa prática profissional, que alguns objetivos apresentados na Política da Rede Cegonha do Ministério da Saúde ainda não foram efetivados. Mudanças têm ocorrido lentamente, entretanto é importante salientar que existem as boas práticas obstétricas de atenção ao parto e nascimento, não obstante, a falta de estrutura física hospitalar, bem como profissionais preparados para atender esta parturiente de forma integral, acarreta na peregrinação da gestante adolescente em busca de assistência adequada ao parto de alto risco. Nas entrevistas realizadas, observamos que mesmo as gestantes consideradas de alto risco não têm a garantia de leitos disponíveis nos serviços para o parto, e nem prioridade de atendimento, isso demonstra que não é um problema pontual de alguns serviços, e sim um problema de saúde pública e de gestão.

A maternidade precoce muitas vezes é responsável pela maior paridade das mulheres ao longo da sua vida reprodutiva. As adolescentes que engravidam de forma não planejada e muitas vezes não desejada, estão mais propensas à gravidez subsequente, com os mesmos fatores desfavoráveis e inesperadamente, como a primeira gestação (BERLOFI et al., 2006).

A multiparidade na adolescência é uma situação cada vez mais frequente sendo considerado como fator agravante tanto da morbidade materna e fetal, quanto para problemas de aspectos sociais (SAMANDARI; SPEIZER, 2010).

Diante dessa preocupação Lewis et al. (2010), referem que tal preocupação se torna mais relevante quando se constata que a cada nova gravidez ocorre a diminuição da probabilidade da adolescente concluir os estudos, de ter um emprego estável e de ser economicamente autossuficiente.

A recorrência de gravidez na adolescência não é um evento raro. Dentre as falas apresentadas nos deparamos com uma adolescente que já havia apresentado outra gravidez.

Na primeira gravidez eu tinha dezessete anos e não planejei nenhuma. Um ano depois eu engravidei de novo. (AD7)

A gravidez recorrente em mães adolescentes é um fenômeno que embora pouco evidenciado no universo das mães entrevistadas, não deixa de ser preocupante, se levado em consideração os riscos previsíveis para o desenvolvimento físico biopsicossocial da adolescente, e em especial na vida reprodutiva, pela ocorrência de gravidez em curto espaço de tempo. Do ponto de vista social, ressalta-se a possibilidade da interrupção dos estudos, com repercussões para a vida profissional e qualidade de vida.

Estudo realizado por Nery et al. (2015) no interior do Piauí, realizado com 639 mulheres com faixa etária entre 17 e 22 de idade, apontou que 87,9% dessas tiveram a sua primeira gestação entre 15 e 19 anos, e a prevalência de reincidência de gravidez no período de dois anos após o término de uma gestação foi de 25,9% na capital e de 35,4% no interior.

Finalmente constata-se que os vários fatores que levaram as mães adolescentes a engravidarem precocemente, e que as submeteram ao risco do parto prematuro foram as fortes tensões vivenciadas por elas, que desencadearam e geraram sentimentos diversos no grupo participante do estudo, conforme analisados na categoria a seguir, sentimentos e enfrentamento diante do parto e nascimento prematuro.

5.3 SENTIMENTOS E ENFRENTAMENTOS DIANTE DO PARTO E NASCIMENTO PREMATURO

Esta categoria temática, sentimentos e enfrentamentos diante do parto e nascimento prematuro representa a compreensão do significado da vivência das mães adolescentes na experiência do parto prematuro. Nesta, foram apreendidos os aspectos psicoafetivos que envolveram expressões de sentimentos e reações das mães e da rede familiar, frente a situação do nascimento antecipado. Cada momento foi compreendido como singular para as mães adolescentes do qual emergiram significados que se assemelhavam entre si, os quais trazem nos recortes expressivos, a compreensão de diversos sentimentos que representam as unidades de significados: sentimentos diante do parto e nascimento prematuro risco de prematuridade, riscos desconhecidos, apoio familiar, progresso no tratamento,

restrição de vínculo, manutenção do vínculo durante a internação, expectativa de alta e expectativa de cuidados com o recém-nascido as quais serão analisadas com base nos discursos e fundamentada na literatura pertinente.

O nascimento prematuro gerou nas mães adolescentes sentimentos de medo, angústia, tristeza e insegurança. Nesse mesmo cenário, as mães vivenciaram dificuldades na adaptação da experiência do parto prematuro, e enfrentaram com alternância de reações positivas, negativas, sentimentos de esperança, de alegria e tristeza, conforme o quadro clínico do filho se desenhava.

Dentre os sentimentos enfrentados pelas mães adolescentes diante da ocorrência do parto prematuro destaca-se a preocupação com a sobrevivência do filho. As situações que cada mãe enfrentou foram permeadas de fortes emoções como: medo da morte, surpresa, as quais estiveram presentes em suas falas.

Fiquei sem saber o que fazer, fiquei em choque, mas, ao mesmo tempo, normal, aí fiquei calma.(AD1)

Fiquei surpresa, fiquei em choque, na verdade fiquei desanimada. (AD2)

Eu fiquei com medo, com medo de ela nascer eu vindo ou quando chegasse aqui, no meio do caminho e ela morrer (AD8)

O discurso materno orienta a compreensão de uma mesma experiência. A singularidade de cada uma delas como ser pessoa, passa a ter uma única expressão diante da prematuridade do filho.

Chagas e Monteiro (2007) observam que as adolescentes após enfrentar o primeiro momento da prematuridade, são tomadas por sentimento de tristeza e dor diante dos problemas relacionados com a sobrevivência e com a saúde dos filhos. Sentem-se desanimadas e é possível perceber ainda a sensação de impotência demonstrada pelas mães por não poder reverter a situação de risco do filho.

O advento do nascimento prematuro foi sentido pelas mães adolescentes por meio de perda de líquido e dor, o que causou surpresa, já que não sabiam identificar que esses sintomas caracterizavam trabalho de parto prematuro, e constituem as primeiras reações que inquietam as mães.

Por causa da bolsa que rompeu antes do tempo, estava entrando na 31 semanas. Vim para hospital dia 24 de março, fiquei internada na casa da gestante por amniorrexe com perda de líquido. (AD6)

De uma hora pra outra a bolsa estourou. (AD7)

Diante do nascimento prematuro constataram-se também sentimentos de aceitação, de uma mãe que demonstrou que cabia a ela a responsabilidade em decidir entre antecipar intervenção obstétrica em troca da salvação do filho.

Foi um choque, mas se é prá ele ter nascido com saúde, bem, como eu tive perca de líquido e tinha restrição de crescimento e minha barriga não crescer mais, ele não podia chegar aos nove meses, os médicos me perguntaram se eu queria tentar chegar aos nove meses ou de eu queria fazer logo a cesariana, e assim se é para salvar a vida dele, melhor que faça logo. (AD6)

Há de se considerar que a preocupação constante com o recém-nascido prematuro, bem como com as condições perinatais que sobre eles repercutem. A fragilidade do recém-nascido prematuro contribui para possibilidade inerente de riscos, agravos, sequelas de diversos tipos com diferentes consequências e interveniências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil (RAMOS; CUMAN, 2009).

Em outras manifestações, observamos que a maternidade prematura, não correspondeu com a expectativa da mãe que idealizava e esperava um parto a termo, e o fato do nascimento antecipado desconstruía a imagem de um filho saudável, mesmo assim não perdeu o entusiasmo de ser mãe diante do inesperado.

Nunca pensei em passar por essa, ter uma gravidez com problemas, mas sou feliz (AD2).

Esperava que nascesse normal, não pensei que seria tão miúdo (AD6).

O nascimento prematuro, além de emergir na vida familiar de maneira inesperada, o recém-nascido pode ser percebido pelas mães como um ser inacabado, mesmo assim, frente a todas as inquietações, a gestação e o parto são lembrados pelas mães com muito carinho e as vezes com sofrimento, revelando que estes momentos também favorecem a superação. Através dos discursos das mães percebemos a preocupação com o fato de seus filhos nascerem antes do tempo esperado. O parto prematuro parece gerar nas mães adolescentes, a

preocupação com relação à sobrevivência do filho. A condição da prematuridade pode desencadear a expectativa de fragilidade do recém-nascido e suscetibilidade a alguma intercorrência, por isso surge o sentimento de medo e as preocupações com o aprendizado para que ocorra o cuidado seguro.

O risco de prematuridade foi sentido pelas mães, de acordo com as falas:

De sete meses é ruim. (AD1)

Queriam segurar até 34 semanas, porque nasceria melhor, mas não deu, minha pressão subiu demais. (AD2)

Scarabel (2011) entende que em situação de parto prematuro a nova mãe terá que vivenciar as adaptações inerentes ao puerpério diferenciado para a gravidez que ocorre de forma distinta; um parto antecipado, rompe com seus projetos e desejos, ou seja, desfaz a situação idealizada.

Em meio a diversas situações que fizeram parte desse momento na vida das mães, o risco da prematuridade despertou reflexões. Postergar o parto na visão das mães beneficiava o binômio mãe/filho. A idade gestacional de “sete meses” (28 semanas) trazia riscos para o filho, e “34 semanas” assegurava a condição de uma melhor sobrevivência, pois a pressão elevada aumenta o risco de morte fetal.

Ainda sobre esse tema, Sales (2006) diz que o sentimento de aflição que as mães experimentam frente à situação do nascimento prematuro, permite que se tornem livres para assumir as responsabilidades na busca de respostas positivas do estado de saúde de seu filho e alívio para suas emoções.

Quanto aos riscos desconhecidos, inserem-se num contexto de falas das mães onde sobrevém o sentimento de medo do desconhecido, com sinais e sintomas do parto prematuro quando desperta o medo da morte e a esperança de sobrevivência.

Só não sabia que ia ser assim, cesárea e prematuro (AD1).

Fui no hospital Gonzaguinha de Messejana e o médico disse que eu estava em trabalho de parto prematuro e o bebê não ia sobreviver (AD2).

Foi difícil a ela nascer prematura, foi um alívio ela ter nascido viva (AD3).

Eu não sabia que ia acontecer isso. Eu não estava esperando, mas eu senti que ele queria vir ao mundo mais cedo (AD4).

As mães vivenciaram situação de alívio por saber que, mesmo nascido de parto antecipado, o filho estava vivo. E assim as mães enfrentavam ora com coragem, ora com incertezas e aflição.

Outro aspecto evidenciado foi a expressão do isolamento social, demonstrado através dos discursos das mães, com queixas motivadas por estarem longe de casa, e pela permanência diária no hospital para acompanhar seus filhos. Quando expressaram dificuldades enfrentadas por sentirem-se sozinhas, longe da família, com saudades, e a família sem condições de visitá-las, demonstrado pelo desejo de voltar para residência, sair do isolamento em que se encontravam.

Quero sair logo daqui, porque é longe de casa, estou com saudade de casa. (AD1)

A gente se sente sozinha, não estar perto da família, com pessoas desconhecidas dentro do mesmo quarto saindo e entrando. (AD7)

O significado observado em uma das falas, expressa as repercussões da distância familiar. A permanência do recém-nascido na unidade de tratamento intensivo neonatal - UTIN, comumente é bem superior ao período de internação das mães no puerpério, assim, as adolescentes quando recebem alta hospitalar vivenciam uma separação simbólica dos filhos, embora permaneçam diariamente no setor de acolhimento materno do hospital. Essa situação favorece o distanciamento entre a mãe e seus familiares, que mesmo envolvidos afetivamente seguem em seu cotidiano de trabalho, como mostra o depoimento abaixo:

É longe da família, não tenho contato, só minha irmã vem me visitar, ela está na casa de uma tia. Meu marido veio só para conhecer a neném e voltou para trabalhar, ele trabalha lá, negócio próprio, precisa tá lá, não pode deixar lá senão acaba (AD5).

Cada família possui necessidades específicas quanto a hospitalização de um filho. Em vista disso, torna-se importante reconhecer os benefícios da participação dos pais nesse período e envolver as famílias respeitando as individualidades, para que se tornem partícipes no processo de integração do filho e dos pais na unidade de internação (REIS, 2007).

O apoio familiar foi mencionado pelas mães adolescentes, principalmente na figura de sua genitora, contando com seu apoio. Ao analisarmos os depoimentos das mães, verificamos que a maternidade representa um momento importante para

os parentes, independentes dos atuais arranjos familiares. A relação de uma filha com a mãe no contexto do parto é referência de experiência, segurança, disponibilidade e apoio. Na nossa experiência profissional de quase três décadas assistindo as mães em sala de parto e alojamento conjunto, tem nos mostrado que o familiar mais presente ao lado da puérpera é sua mãe, aspecto este evidenciado nos discursos transcritos a seguir:

A que mais entende é minha mãe, meu marido também aceitou, a família deleta apoiando (AD2)

Minha mãe estará do meu lado para me ajudar (AD8)

Vou precisar dos cuidados da minha mãe, por que eu não vou conseguir cuidar dela sozinha (AD10)

A experiência e a importância do apoio familiar no cuidado ao recém-nascido são indispensáveis como relatado pelas adolescentes, ao referir o apoio da mãe-avó. Entretanto a demonstração de empenho e desejo das próprias adolescentes para cuidar do recém-nascido deve ser estimulada, pois representa uma forma de validação do cuidado prestado pela mãe, uma afirmação, e cada obstáculo apresentado e superado fortalece cada vez mais a segurança e o aprendizado do cuidado básico que é aprimorado e traz benefício para o binômio mãe/filho.

Para o Ministério da Saúde (2014), é indispensável o envolvimento dos familiares no acompanhamento da internação do recém-nascido. Sobre isso, enfatiza a importância das avós no processo de internação do neto na UTIN, para apoiar a puérpera durante o período que permanece com seu recém-nascido internado. As avós estão inseridas nas chamadas redes familiares, que por seus laços consanguíneos e afetivos, passam a ser entendidos como participantes dessa situação no contexto do nascimento.

A expectativa de sobrevivência do recém-nascido é envolvida pelo medo, alívio, tristeza, incertezas e superação. É interessante lembrar que cada recorte expressivo da vivência das adolescentes referida pela interrupção da gravidez, surge no âmbito da subjetividade das mães, reações, ora conflitantes, ora com alternâncias de tranquilidade, aceitação ou conformismo. Tais transições aparecem nos diálogos, dando a ideia de que a cada dia ou a cada momento, no contexto vivido, ocorrem fatos que objetivamente podem mudar os sentimentos antes

elaborados. Assim percebemos nas manifestações da maioria das adolescentes entrevistadas.

Talvez sobreviva (AD1).

Não vou desistir dela de jeito nenhum, o que eu puder eu vou fazer (AD2).

Eu senti um alívio quando nasceu, eu pensei que ela não estava viva (AD3).

Ela é linda. Fiquei feliz mesmo sendo prematura, gosto de ser mãe. Eu penso que vai ficar tudo bem (AD4).
tem dias que eu saio chorando, tem dia que vou pra casa sorrindo, por que tem pioras e melhoras, a gente nunca sabe o que vai acontecer(AD9).

Inúmeras são as manifestações maternas como expressão da experiência de ter seu bebê prematuramente: da incerteza da sobrevivência ao encantamento com a beleza de seu filho, a mãe adolescente transita pelos dias de hospitalização do filho com pioras e melhoras, sempre na expectativa de que tudo irá ficar bem.

O ambiente que constitui a hospitalização de um recém-nascido é minado por fortes emoções, conflitos e sentimentos diversos, que envolve o cenário da unidade neonatal, o filho internado, os pais, e os profissionais de saúde. Nessa ocasião, pode ser visto que cada um desses integrantes apresenta certo grau de vulnerabilidade, demanda especial e particular, que deve ser atendida de forma adequada, com o intuito de se criar um ambiente mais favorável com direito a interações entre todos. (BRASIL, 2011).

O progresso no tratamento na UTIN, avaliado a partir do olhar materno, mostra que as adolescentes tem reconhecimento da evolução positiva com progresso no tratamento para a recuperação do filho.

O bebê é normal, passou, só um dia na incubadora, mas está tudo bem (AD1)

Ela tava no respirador, mas já saiu e ta só na sonda. (AD3)

Se não fosse o problema da pele, já estava boa. Ela ficou amarelinha. Porque meu sangue é O positivo e dela é A positivo. (AD4).

Respirava no capacete, agora tá só com sonda para se alimentar. Eu saio daqui vou no banco de leite, tiro o leite e dou para ela. (AD5)

O uso de tecnologia dura, que faz parte do arsenal empregado na UTIN para o cuidado do recém-nascido de alto risco, foi verbalizado nos discursos maternos, e demonstra a percepção e apropriação das mães de termos e expressões pertencentes ao meio hospitalar, fato que caracteriza a participação

destas no processo do cuidado do filho, ao mesmo tempo em que adentram no universo fora da realidade do seu cotidiano da “vida como ela é”, passam a se familiarizar com o cenário antes desconhecido. Existiu por parte das mães a compreensão de que a respiração é processo vital, que o uso de aparelhos se torna necessário no contexto da sobrevivência do filho. A alimentação por sonda, banco de leite, é algo novo, mas compartilhado. A iniciativa de realizar o cuidado sozinha, de modo independente, valida a competência para maternidade.

Para Botelho (2011), as mães procuram aproveitar cada momento de vivência com seu filho com o intuito de ver a recuperação dele e de conseguir certo conforto no seu íntimo.

O sentimento gerado pela ida do filho à UTIN causa certo espanto por precisar de tratamento intensivo. O medo pela complexidade e gravidade do quadro gera angústia, pelo que esse momento representa, os recém-nascidos receberão cuidados tecnológicos para sobreviver, mas passam por uma situação em que estão entre o viver e o risco de morrer (SCARABEL, 2011).

A restrição do vínculo materno ao recém-nascido hospitalizado em UTIN foi demonstrada por duas mães. Percebemos que, embora não referido por todas esse sentimento é representativo, considerando que as mães adolescentes já enfrentam outros impactos inerentes ao filho prematuro. As necessidades especiais requeridas pela prematuridade e fragilidade do recém-nascido prematuro em UTIN limitam o contato da mãe com o filho conforme os depoimentos:

Passei dois dias sem ver ela (AD2).
Tá aqui, não está com ela, às vezes eu choro (AD3).

Para Rabelo (2012), a restauração do vínculo materno pode ocorrer com a transferência do recém-nascido para a unidade de médio risco, pois nesta o nível de complexidade é menor, o acesso é favorecido para maior aproximação da mãe com o filho, se comparado ao acesso na UTIN. Como se percebe a autora valoriza a oportunidade da aproximação como exercício de vencer o medo, fortalecer e estabelecer o vínculo materno, ao invés de restringi-lo.

A esse respeito Leão (2012) opina que quando um recém-nascido necessita permanecer hospitalizado, as mães adolescentes precisam ir ao hospital e lá ficam o dia todo. Sua permanência muitas vezes é silenciosa, ao lado da

incubadora, de forma que elas às vezes só tocam no filho, pois no início é pouco responsivo aos estímulos.

A manutenção do vínculo mãe/filho durante o período de hospitalização foi preservada pela atitude de superação das mães ao cansaço físico, ao deslocamento diário da residência para o hospital e deste para casa, quando enfrentam o desconforto, embora tenha sido minimizado no setor de acolhimento materno do hospital, onde são desenvolvidas atividades com a equipe multidisciplinar. Não obstante, as situações adversas e os enfrentamentos relatados, permaneceram ao lado do filho como se expressam:

Fico o tempo todo lá, até enquanto aguento a ficar em pé, depois saio, venho para cá... É cansativo ficar no hospital, tem desconforto (AD5).

Exige esforço, é cansativo, mas por ela eu venho todo dia, todo dia se precisar até ela ficar boa e poder ir para casa (AD9).

É uma caminhada todo dia vir e cansativo (AD10).

O cansaço físico relatado pelas mães pode não está configurado apenas na fadiga do corpo, nas entrelinhas aparece potencializado pelo estresse causado pelo medo e pela preocupação da sobrevivência do filho, pela incerteza da alta e outras situações que provocam desânimo. Percebe-se que as mães adolescentes superaram muitas vezes a própria fragilidade do momento, mas persistem na espera, que pode esgotar as energias do corpo e da mente. Por isso é que o cansaço é referido de maneira enfática.

Com relação à manutenção do vínculo materno, Siqueira e Dias (2011) comentam que a experiência das mães irem diariamente ao hospital ficar com os filhos, exige realmente muita determinação diante das dificuldades com o deslocamento enfrentado e com os meios de transporte e os gastos financeiros, mas ainda que essas demandas estejam presentes, o sacrifício gera satisfação e fortalece o vínculo.

Botelho (2011), ressalva em seu estudo com mães de prematuro que o significado de uma mãe acerca da permanência no hospital em UTIN não é das melhores, fazendo com que o sofrimento seja mais marcante. Em vista disso recomenda que o cuidado a essa clientela deva ser mais qualificada de modo a oferecer assistência não somente ao recém-nascido, mas também dispensar atenção às mães que necessitam de conforto e amparo nessa fase. Acredita-se que

a proposta do autor se posta em prática, promoverá melhores condições as mães para fortalecer o vínculo com seu filho, para que as lembranças dessa permanência no hospital sejam positivas.

Durante a aproximação com as mães adolescentes no setor de acolhimento materno para entrevistá-las, nas idas e vindas, ao setor, foi desenvolvido um vínculo da pesquisadora com as adolescentes durante consecução do estudo, e com a apropriação do conhecimento acerca do objeto de estudo foi inevitável o desejo de contribuir, com uma proposta de desenvolvimento de tecnologia leve de natureza lúdica.

A atividade lúdica neste estudo tem o intuito de proporcionar entretenimento às mães adolescentes que passaram por situação de parto prematuro e que encontram-se como acompanhante do recém-nascido internado em UTIN. As atividades lúdicas podem ser chamadas de tecnologia leve, que contribuem para a produção de cuidados no ambiente hospitalar. Inserem-se como princípio da política de humanização do hospital e em especial no acolhimento as mães adolescentes assistidas no parto prematuro.

Explorar atividade lúdica no ambiente hospitalar figura como interessante e potente ferramenta para a emergência de lidar com sentimentos, medos e ansiedades de difícil expressão e elaboração, constitui-se, portanto como estratégia de enfrentamento das complicações em dificuldades vividas na vigência da internação hospitalar (MORAIS, 1999).

Com expectativa de alta emergiu sentimento de medo das mães adolescentes em toda a trajetória, desde momento que foi evidenciado o nascimento prematuro, se prolongando diante da proximidade de alta hospitalar, conforme demonstrado nos depoimentos:

Na minha mente não vai sair dali nunca (AD3)

[...] estava com medo dela passar muito tempo aqui no hospital, outros meninos estão internados aqui há cinco meses, mas as doutoras me explicaram e me acalmei (AD5).

A esse respeito, Rabelo (2012) comenta que a mãe de um prematuro internado em UTIN pode ser surpreendida por sentimentos negativos. O medo manifestado por essas mães resulta de suas dúvidas quando a evolução que seu filho pode desenvolver. Admite que essas reações surgem como reflexo do

momento vivido, como algo não experimentado antes e que se apresenta como ameaça a sobrevivência do filho, trazendo desesperança.

É compreensível que as mães ao passarem dias acompanhando seus filhos no UTIN, fiquem com grande expectativa em relação ao tempo de internamento e a alta hospitalar. O prognóstico muitas vezes é reservado, e essas mães não compreendem que cada prematuro tem diagnóstico e tratamento diferente. Experimentam no convívio hospitalar com outras mães com filhos nas mesmas condições de prematuridade, onde presenciam a cada dia altas de outros recém-nascidos. Em vista disso, a demora no tratamento do seu filho cria maior inquietação e descrença quanto a possibilidade de ir para casa. Alguns têm tratamento e internamento mais prolongado porque são clinicamente mais graves e como consequência alta demorada.

Para Scarabel (2011), os recém-nascidos prematuros após alta hospitalar prosseguirão o seu desenvolvimento até atingirem o peso e tamanho de um recém-nascido a termo. Alguns necessitarão de mais um tempo de acompanhamento especializado, como da fisioterapia, da fonoaudiologia, em decorrência de algum atraso que possa ter sofrido em seu desenvolvimento. Ocorrem casos mais graves, em que ficam sequelas neurológicas, auditivas, oculares e motoras, que necessitam de tratamento que podem acompanhá-los por toda vida.

Na nossa realidade o hospital aonde as mães adolescentes foram assistidas no parto e o recém-nascido prematuro internados em UTIN, ao saírem, recebem relatório de alta com encaminhamento ao ambulatório para atendimento de recém-nascido de alto risco para seguimento médico. Os exames do pezinho, linguinha, coraçãozinho e orelhinha são disponibilizados. Aqueles que têm comprometimento neurológico têm seguimento com pediatra neurologista.

A expectativa com o cuidado do recém-nascido foi amplamente protagonizado pelas mães adolescentes, elas tomaram para si a responsabilidade do cuidar de seu filho. Revelaram-se como a figura principal, como protagonista do cuidado no cenário da prematuridade. O cuidado com o recém-nascido foi relatado em 45 recortes expressivos, agrupados em significados e algumas objetivações. Foi fácil perceber que as interlocuções das mães, embora ditas de formas diferentes umas das outras, convergem para o mesmo significado que se configura na responsabilidade com o cuidado do filho, conforme podemos constatar em suas falas.

Fico entusiasmada com o bebê, tenho expectativa de como ficar sozinha com o bebê (AD1).

Eu vou tentar cuidar dela o melhor possível (AD2).

Eu só vou sentir como é, quando tiver em minha casa sozinha, quando tiver cuidando dela totalmente. Vou cuidar dela, aprender. Já aprendi muita coisa (AD4).

Elas me ensinam a vestir a fraldinha, pesar a fraldinha, dizer do peso, pesar elas, eu mesma peso elas e a fralda, troco elas, passo a pomada e coloco a fralda de novo (AD8).

Ter mais cuidado com ela, cuidar dela de um modo diferente, ela tem que ter um cuidado especial (AD9).

Meus planos é só cuidar dela, acho que vai ser um aprendizado (AD10).

A percepção das mães adolescentes sobre a importância que atribui ao cuidar sozinha do filho prematuro, favorece estreitar cada vez mais o elo afetivo da mãe e filho, como também proporciona uma relação de aprendizado. Aprender a cuidar do seu recém-nascido, a partir da realidade, ajuda a preservar os valores culturais, crenças e padrões da família, e se necessário repadronizar hábitos para melhoria do cuidado com a saúde do recém-nascido. A demonstração de empenho das próprias mães adolescentes para cuidar do filho deve ser estimulada, pois representa uma forma de validação do cuidado prestado pela mãe. É uma afirmação, e a cada obstáculo apresentado e superado, fortalece cada vez mais a segurança ao realizar os cuidados básicos que são aprimorados e trazem benefícios para o binômio mãe/filho.

Para Rabelo (2012), a mãe de um recém-nascido prematuro se propõe dedicar-se integralmente ao cuidado do filho, a partir da compreensão de que ele requer proteção para seu desenvolvimento e crescimento de modo integral. Imagina que será necessário promover medidas de cuidados a saúde com responsabilidade, dedicação amamentando e prevenindo os agravos à saúde, em virtude da condição de prematuridade do filho, a mãe preocupa-se com a possibilidade de qualquer comprometimento do seu recém-nascido.

Essa ação de cuidar realizada pelas mães é evidenciada através das perspectivas de pegar, alimentar, dar carinho, amamentarem, estimular o desenvolvimento do filho, logo, auxiliando no processo de recuperação dele de maneira positiva. Diante disso compreende-se que para essas mães, cuidar se torna mais que uma ação, pode ser visto com um ato de amor, de reconhecimento e como tal, o papel de mãe. (MORAIS, 2008).

A participação da mãe é fundamental no cuidado, é fonte de proteção e segurança. A presença da mãe no cuidar possibilita ao recém-nascido receber estímulos agradáveis e juntos o binômio mãe/filho, vivenciarem o fortalecimento de laços afetivos de compreensão, amor e cuidado (CELICH; ALVARENGA, 2005).

As experiências das mães acompanhando seus recém-nascidos na UTIN fizeram emergir em relação ao cuidado do filho, sentimentos de amor, entusiasmo e prazer para o cuidado.

6 REFLEXÕES DO ESTUDO

Após a longa trajetória aqui empreendida na execução deste estudo, significativo foi o aprendizado em torno de uma realidade que nos era tão próxima, mas ao mesmo tempo tão distante. Percebeu-se quão complexo foi para as adolescentes enfrentarem e assumirem, em idade cronológica tênue a gravidez e suas complicações, mediante encargos emocionais, familiares, sociais e econômicos que envolvem o nascimento e a sobrevivência de um recém-nascido prematuro.

As mães adolescentes, mesmo percorrendo caminhos de incerteza, medo, insegurança e sensação de impotência, assumiram com maturidade o papel de ser mãe na gravidez não planejada ou não, ou mesmo na recorrência de gravidez, nas complicações e na experiência do parto e nascimento prematuro.

Nesta perspectiva, observou-se no âmbito deste estudo que a maternidade é vista como uma possibilidade de uma experiência gratificante. Para algumas mães a vivência trouxe enfrentamentos inesperados, mas, que foram superados, e a maternidade aparece como experiência de vida positiva.

Não obstante a evidência de resultados positivos, chama atenção o achado de recorrência de gravidez em uma das adolescentes, fato que desperta para a necessidade da atuação profissional do enfermeiro no campo da prevenção e promoção da saúde reprodutiva das mães adolescentes primíparas e múltiparas.

Contudo, enfrentar a gravidez e parto prematuro em fase tão especial da vida, tal como na adolescência, determina mudança significativa para mães jovens e seus familiares. Algumas mães assumiram com veemência a decisão sobre a gravidez, atitude que se configurou como protagonista, deixando o parceiro à margem dessa escolha. As mães que enfrentaram o parto prematuro, lidaram com sentimentos e significados inerentes as fragilidades da maternidade antecipada e prematuridade do recém-nascido. A compreensão de como as mães adolescentes enfrentaram o parto prematuro, e os sentimentos que emergiram das interlocuções das mães, foi facilitada pela relação estabelecida entre pesquisadora/participantes, construída continuamente no processo da pesquisa e reflexões da interface com a prática profissional. A situação de prematuridade do recém-nascido, a fragilidade e a expectativa de sobrevivência deste, deu espaço a sentimentos como medo da morte, e insegurança dos desfechos desconhecidos, manifestados pelas mães adolescentes.

O período que aguardavam pela alta hospitalar do filho caracterizou-se pela aflição e incerteza de permanência do recém-nascido na UTIN, motivo para manter as mães ausentes dos seus lares, e deslocamento dos familiares, afastando-os de suas atividades laborais, pois obrigavam-se a conviver com a espera da recuperação do filho para levar para casa.

A importância do apoio familiar fez parte da vivência da maternidade das mães adolescentes, frente à colaboração da mãe-avó no cuidado com o neto, que confirma a prática cultural do senso comum quanto à participação desta na maternidade das filhas. A hospitalização do recém-nascido levou as mães a perceberem e apropriarem-se de termos técnicos e expressões do cotidiano hospitalar, e reconhecer o uso de tecnologia dura usada na UTIN, o que demonstrou a capacidade para obter, processar e entender informações de saúde, que posteriormente, poderão servir para tomada de decisões adequadas no processo do cuidar.

O estabelecimento do vínculo materno com o filho foi prejudicado diante da complexidade do cuidado prestado na UTIN, e o contato mãe/filho, ocorria de forma superficial, em função da permanência do recém-nascido na incubadora. Entretanto o vínculo foi restabelecido pela superação e dedicação das mães. Frente as discussões e reflexões do estudo admite-se ser necessário integração da mãe com a equipe profissional que cuida do recém-nascido prematuro, durante o período de permanência da mãe como acompanhante do filho em UTIN, para que seja edificado o vínculo e fortaleça a confiança no cuidado.

Diante da reflexão de como as mães enfrentaram o parto prematuro, percebe-se a necessidade de atenção direcionada para as demandas emocionais das mães adolescentes, durante o período que estiver como acompanhante seu filho no internamento de UTIN. O longo período de internação dos filhos e os limites impostos as mães no ambiente hospitalar, favorece a ocorrência do estresse, isolamento, angústia e muitas vezes as incertezas. As reflexões foram ensejadas não apenas no objeto do estudo, mas em todo o esforço intelectual que se fez necessário para apreender o conhecimento produzido, e atingir os objetivos propostos da pesquisa.

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A busca da compreensão de como as mães enfrentaram a prematuridade torna-se importante contribuição para a prática profissional da enfermagem e da equipe multiprofissional no campo do cuidado e atenção aos aspectos sócio afetivos que podem afetar as mães adolescentes na situação do parto antecipado.

Nesse sentido, o conhecimento produzido com a construção deste estudo não se encerra nos significados dos discursos das mães ou nas apreensões captadas acerca do objeto de estudo, mas, favorece despertar para a busca de respostas a questões ainda não encontradas sobre o problema, que possam fortalecer o acolhimento as mães adolescentes durante sua permanência como acompanhante do o filho no ambiente hospitalar.

Ao desenvolver e finalizar essa pesquisa, favoreceu-me reflexões amplas em relação a gravidez em adolescentes que outrora me faziam refletir que a adolescente grávida era extraviada dessa etapa da vida, porém possibilitou-me a desconstrução de conceitos antigos e a elaboração de novos, transformou o meu olhar em torno da mãe adolescente. Hoje alargo o meu olhar, para a solidão e insegurança experienciado por cada uma delas e passo a respeitar que independentemente da idade essas meninas se fazem mulher antecipadamente de modo que possam cumprir o papel esperado: ser mãe.

A adoção de práticas humanizadas que se direcione aos que precisam do cuidado na instituição hospitalar, nos casos de mães adolescentes e recém-nascidos internados é um desafio constante no exercício profissional. Assim fazem-se necessárias pesquisas que evidenciem a melhor forma de realizar trabalhos com a equipe multiprofissional, que levem a reflexão sobre sua atuação.

O estudo ainda colabora para o fortalecimento da política de humanização em saúde, em especial as ações que contemplam a estratégia Rede Cegonha, referendada na instituição hospitalar, cenário onde as mães participantes do estudo foram assistidas no parto prematuro.

Auxilia como suporte para a implantação e implementação de plano de acolhimento de assistência integral, individualizada, através de adoção de práticas que possibilitam despertar a sensibilidade para a escuta do outro, acolhimento que pressuponha postura ética, que compartilhe saberes, com iniciativa de participação

no processo de humanização com as mães adolescentes em situação de parto prematuro.

A utilização do lúdico como ferramenta de tecnologia leve foi pensada como coadjuvante das ações já desenvolvidas no setor de acolhimento materno, com o intuito de proporcionar mudança no cotidiano das mães durante o período de internação do filho, melhorar o bom humor, descontrair o falar e o agir, para tornar o convívio e o ambiente mais agradável, e minimizar as tensões da situação vivenciada pela as mães adolescentes.

A pesquisa qualitativa possibilitou a compreensão dos significados da situação específica estudada e os aspectos genéricos que transcendem este cenário particular, sucinta outros estudos que abranjam o enfrentamento das mães adolescentes no cuidar do filho no domicílio.

Destacamos que os objetivos do estudo foram atendidos e agradecemos as mães participantes do estudo que colaboraram de modo tão espontâneo para que o estudo fosse realizado, confiando e compartilhando de sua intimidade em momento tão singular.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz- MA. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012.
- ALVES, P. A. S; PINTO, A. N. Intervenções práticas multiprofissionais na atenção à saúde de adolescentes: uma revisão integrativa. **Rev. ter. ocup**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 168-173, 2013.
- BARBASTEFANO, P. S.; GIRIANELL, V. R.; VARGENS, O. M. C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, 708-714, dez. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: edições 70, 2010.
- BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 196-200, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200011>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 8, p. 415-422, 2012.
- BOTELHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 929-934, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cuidados com o recém-nascido pré-termo).
- _____. Secretaria de Política Pública de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe-canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMINHA, N. O. et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 81-88, 2012.

CAVALCANTE, L. S. **Vivência familiar de crianças portadoras de asma brônquica**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Ceará. **Informe epidemiológico mortalidade materna**. Fortaleza: SESA, 2013.

CELICH, K. L. S.; ALVARENGA, R. E. Vivenciando o “estar - com” o filho durante a indução anestésica. **Revista: Nursing**, v. 84, n. 8, maio 2005.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. A relação entre a mãe adolescente e o bebê pré-termo: sentimentos desvelados. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 35, 2007.

CORTÊS, C. T. **Gravidez na adolescência**: aspectos epidemiológicos e resultados perinatais de gestantes adolescentes em Macapá-AP. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2012.

DÓRIA, M. T.; SPAUTZ, C. C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. **Femina**, v. 39, n. 9, set. 2011.

FARIAS, S. Y. D. **Análise teórico-metodológica das monografias do curso de turismo da UFMA que Abordam o assunto da gestão de negócios turísticos**. 2006. 168 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Negócios) – Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Programa de Mestrado da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2006.

GOLINO, P. S.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. M. O. Ruptura prematura de membranas: fisiopatologia, diagnóstico e conduta. **Femina**, v. 34, n. 10, p. 711-717, out. 2006.

FIALHO, F. A. **A arte de cuidar em enfermagem**: tecnologias aplicadas no cuidado neonatal. 2012. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2011.

GARCEZ, A.; DUARTE, R.; EISENBERG, Z. Produção e análise de vídeo gravações em pesquisas qualitativas. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 249-261, ago. 2011.

GONÇALVES, H. S.; GARCIA, J. Juventude e sistema de direitos no Brasil. **Psicol Cienc Prof.**, v. 27, n. 3, p. 538-553, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

LEÃO, L. C. S. **Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência**: uma condição de dupla imaturidade. 2012. 172 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LEWIS, L. N. et al. Predictors of sexual intercourse and rapid-repeat pregnancy among teenage mothers: an Australian prospective longitudinal study. **Med J Aust.**, v. 193, n. 6, p. 338-342, set. 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 2. ed. Rio de Janeiro: EPU, 2013.

LOPES, L. M. et al. Propedêutica materno-fetal na prematuridade. **Femina**, v. 32, n. 8, p. 681-688, set. 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 312 p.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, v. 33, n. 11, p. 354-360, 2011.

MELO, M. C. P. M. et al. Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 731-735, jul./set. 2013.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MIRANDA, L.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1563-1583, 2012.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, maio/jun. 2010.

MONTENEGRO, R. F. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

- MORAIS, R. M.; O brincar na construção de um cuidado integral a criança hospitalizada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 12., 1999, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 1999. Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscrições/arquivosTrabalhos/11128.E3.T2317.D3AP.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R.; PORTO, E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. **Rev. bras. ciênc. mov.**, v. 13, n. 4, p. 107-114, 2005.
- NADER, P. R. A. L.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sócio-demográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 338-345, abr./jun. 2010.
- NERY, I. S. et al. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 671-680, dez. 2015.
- NERY, I. S.; GOMES, I. S.; GOUVEIA, M. T. O. Gravidez na adolescência: limites e possibilidades da prevenção com ênfase no cuidado de enfermagem. In: MORAIS, S. C. R. V.; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D. **PROENF: saúde materna e neonatal**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 9-39.
- NERY, I. S. et al. Reincidência de gravidez em adolescentes de Teresina-PI, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 64, p. 31-37, 2011.
- NERY, I. S.; TYRRELL, M. A. **O aborto provocado e a questão de gênero: mulheres em evidência e as evidências das mulheres para as bases da assistência em enfermagem**. Teresina: UFPI, 2010.
- NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 9, p. 459-468, 2010.
- OLIVA, J. C. G. A.; KAUCHAKJE, S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. **Rev Katál.**, v. 12, n. 1, p. 23-31, 2009.
- OLIVEIRA, M. C. Direitos sexuais e reprodutivo de adolescentes: conquistas e lacunas assistências na política de saúde. **R. pol. Públic.**, São Luis, v. 15, n. 2, p. 225-232, jul./dez. 2011.
- OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 103-109, jan./mar. 2011.

- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.
- PEREIRA, A. M. M. **Gestante de alto risco no atendimento em ambulatório de serviço público**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.
- PETRONI, L. M. et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. **Cienc cuid saúde**, v. 11, n. 3, p. 535-541, jul./set. 2012.
- QUEIROZ, M. V. O. et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico: obstétricas. **Rev Rene**, v. 15, n. 3, p. 455-452, maio/jun. 2014.
- RABELO, M. Z. S. **Alta hospitalar do bebê de muito baixo peso e o cuidado no domicílio**. 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Prematuridade e fatores de risco. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.
- REIS, G. **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança**. 2007. 170 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2007.
- RUSS, J. **Os métodos em filosofia**. Petrópolis: Vozes, 2010.
- SALES, C. A. et al. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 20-24, fev. 2006.
- SÁ NETO, J. A. RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377, abr./jun. 2010.
- SAMANDARI, G.; SPEIZER, I. S. Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. **Int Perspective Sex Reprodhealth**, v. 36, p. 26-35, 2010.
- SANTOS, J. R.; SOARES, P. R. R.; FONTOURA, L. F. M. Análise de conteúdo: a pesquisa qualitativa no âmbito da geografia agrária. In: ENCONTRO ESTADUAL DE GEOGRAFIA, 24., 2004, Sant Cruz do Sul. **Anais...** Sant Cruz do Sul: UNISC, 2004.

- SCARABEL, C. A. **A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: estudo a partir da psicologia analítica. 2011. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2011.
- SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: Desvelando percepções. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2575-2585, 2011.
- SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 199-206, mar./abr. 2006.
- SIQUEIRA, M. B.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro Epidemiol. **Serv. Saúde, Brasília**, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan./mar. 2011.
- SQUIZATTO, E. P. S.; HERCULANO, L. R. F. Gravidez na adolescência e o serviço social. **Revista Saber Acadêmico**, n. 16, 2013.
- SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 802-810, 2011.
- TEIXEIRA, C. R.; SILVA, L. W. S.; TEIXEIRA, M. A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - uma revisão bibliográfica. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 37-44, jan./mar. 2013.
- VIEGAS, S. M.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young people's health**: a challenge for society. Report of a WHO study. Group on young people and health for all by the year 2000. Geneva: WHO, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Assentimento

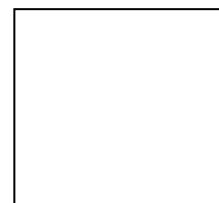
Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: *Repercussões do Parto Prematuro em Mães Adolescente*, a ser desenvolvida pela aluna Ângela Cristina Bonfim da Silveira, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes de Paula pessoa, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará. Após seus responsáveis permitirem que você participe desse estudo que tem por objetivo de compreender as repercussões do parto prematuro em mães adolescentes; descrever os sentimentos das mães adolescentes diante do diagnóstico do parto prematuro; conhecer as expectativas das adolescentes diante do cuidar do filho prematuro. As adolescentes que irão participar dessa pesquisa têm de dez a dezenove anos de idade. A pesquisa será realizada em um hospital geral e maternidade terciária, de referência estadual, em de Fortaleza-Ceará, onde as adolescentes serão abordadas no setor de acolhimento materno, unidade que realiza acompanhamento de puérperas lactantes, que receberam alta hospitalar, mas seus filhos continuam internados em unidades neonatais. Sua participação será por meio de uma entrevista composta por duas etapas: a primeira, com dados demográficos e socioeconômicos; e a segunda contendo questões norteadoras. Sua participação é fundamental e esse estudo possibilitará aos enfermeiros obstetras compreender como as mães enfrentam as repercussões do parto prematuro e com isso possibilitar a gestão do cuidado de enfermagem, lidando adequadamente com as demandas da realidade advindas do parto prematuro. Os riscos serão mínimos como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pelo o entrevistador. Asseguro-lhe total sigilo do seu nome, dos dados coletados e o direito se retirar desse estudo, em qualquer momento se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízo. Você não fará pagamento e nem receberá dinheiro, para participar dessa pesquisa. Este termo de assentimento será elaborado em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Ângela Cristina Bonfim da Silveira. E-mail: angelacbs@uol.com.br, Telefone: (85) 99969-3869. O Conselho de Ética da Instituição também está disponível pelo telefone: (85) 3101-5354.

TERMO DE ASSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e nem receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante



APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada, *Repercussões do Parto Prematuro em Mães Adolescente*, a ser desenvolvida pela aluna Ângela Cristina Bonfim da Silveira, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes de Paula pessoa, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará. O objetivo da pesquisa é compreender as repercussões do parto prematuro em mães adolescentes; descrever os sentimentos das mães adolescentes diante do diagnóstico do parto prematuro; conhecer as expectativas das adolescentes diante do cuidar do filho prematuro. Sua participação será realizada por meio de um questionário composto por duas etapas: a primeira, com dados demográficos e socioeconômicos; e a segunda contendo questões norteadoras sobre a temática citada. Sua participação se dará permitindo que adolescente participe dessa pesquisa. Sua participação é fundamental e possibilitará aos enfermeiros obstetras compreender como as mães enfrentam as repercussões do parto prematuro e com isso possibilitar a gestão do cuidado de enfermagem, lidando adequadamente com as demandas da realidade advindas do parto prematuro. Os riscos serão mínimos como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pelo o entrevistador. Asseguro-lhe total sigilo do seu nome, dos dados coletados e o direito se retirar desse estudo, em qualquer momento se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízo. Você não fará pagamento e nem receberá dinheiro, para participar dessa pesquisa. Este termo de assentimento será elaborado em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Angela Cristina Bonfim da Silveira. E-mail:angelacbs@uol.com.br, Telefone: (85) 99969-3869. O Conselho de Ética da Instituição também está disponível pelo telefone: (85) 3101-5354.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – Formulário

Nº do questionário	
Data da entrevista	___/___/___
Nome da adolescente	
Procedência	Se Fortaleza/Coordenadorias
Telefone ()	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS MÃE E DA FAMÍLIA ATUALMENTE	
Data de nascimento da mãe	
Idade da mãe	
Raça/cor da mãe	
Qual o seu estado civil ?	
Quantos anos de estudo você concluiu?	
Qual sua ocupação atual?	
Quem é o responsável (financeiro) pela manutenção das despesas da casa?	
Qual a renda do mantenedor?	
HISTÓRIA REPRODUTIVA E MORBIDADE MATERNA	
G___P___A___	
Você apresentou algum problema de saúde?	
Foi internada durante a gestação	
Qual foi o tipo de parto	
Acompanhante no parto	
Qual o peso do bebê	
Qual a idade gestacional	

QUESTÕES NORTEADORAS

1. COMO FOI PARA VOCÊ TER UM PARTO PREMATURO?
2. COMO VOCÊ SE SENTIU QUANDO SOUBE QUE O RECEM NASCIDO NASCERIA ANTES DO TEMPO?
3. COMO SERÁ PARA VOCÊ CUIDAR DO SEU FILHO PREMATURO?

OBSERVAÇÕES

ANOTAR COMENTÁRIOS, OBSERVAÇÕES IMPORTANTES, CASO NECESSÁRIO

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência



Hospital Geral
Dr. César Cals



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins, que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Repercussões da Prematuridade em Mães Adolescente”, a ser realizado pela Aluna Angela Cristina Bonfim da Silveira, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Mendes de Paula pessoa, vinculada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com objetivo compreender as repercussões da prematuridade em mães adolescentes; descrever os sentimentos das mães adolescentes diante do diagnóstico do parto prematuro; conhecer as expectativas das adolescentes diante do cuidar do filho prematuro, o qual terá todo dessa instituição e será efetivado no setor de acolhimento materno Hospital Geral César Cals (HGCC).

Fortaleza, 26 de Janeiro de 2016.

Dr. Janedson Baima Bezerra

Diretor do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEAP).

ANEXO B – Recortes expressivos

Identificação da participante	Recorte expressivo	Unidade Significado (I)
AD ¹ - 1	Minha vida é boa, ótima.	Vida cotidiana
AD ¹ - 2	Eu vou pra casa da minha mãe, passo o dia lá.	Vida cotidiana
AD ¹ - 3	Meu companheiro tem 19 anos, moramos juntos.	Relacionamento conjugal
AD ¹ - 4	Ele é uma pessoa ótima, convivo bem com ele.	Relacionamento conjugal
AD ¹ - 5	Ele gosta de sair e eu não gosto.	Vida cotidiana
AD ¹ - 6	Aí a gravidez. Eu peguei e planejei, ele não queria, mas eu quis.	Gravidez planejada
AD ¹ - 7	Só não sabia que ia ser assim, cesárea e prematuro.	Riscos desconhecidos
AD ¹ - 8	Achava que ia até os nove meses.	Expectativa de gravidez normal
AD ¹ - 9	Fiquei preocupada por não ter comprado nada.	
AD ¹ - 10	Achei que ia ter por lá, em Várzea Alegre de nove meses.	Expectativa de gravidez normal
AD ¹ - 11	Muita gente tem tudo normal.	Expectativa de gravidez normal
AD ¹ - 12	Fui para o hospital minha pressão estava alta e vim pra cá.	Complicação na gravidez
AD ¹ - 13	O médico disse: talvez nasça hoje mesmo.	Nascimento prematuro
AD ¹ - 14	De sete meses é ruim.	Riscos da prematuridade
AD ¹ - 15	Fiquei sem saber o que fazer, fiquei em choque, mas, ao mesmo tempo, normal, aí fiquei calma.	Sentimentos diante do parto prematuro
AD ¹ - 16	Talvez sobreviva.	Expectativa de sobrevivência do bebe

AD ¹ - 17	Queriam segurar até 34 semanas, porque nasceria melhor, mas não deu, minha pressão subiu demais.	Riscos da prematuridade
AD ¹ - 18	Fiquei com medo da cesárea, pensei que ia ser tudo normal.	Medo da cesárea
AD ¹ - 19	Ninguém pensa nisso, espera tudo normal.	Expectativa de gravidez normal
AD ¹ - 20	Estou longe de casa, da família.	Relacionamento familiar
AD ¹ - 21	Quero sair logo daqui, porque é longe de casa, estou com saudade de casa.	Saudade de casa
AD ¹ - 22	Não dá pra vir me visitar, porque é muito longe.	Isolamento social
AD ¹ - 23	Fico aqui só.	Isolamento social
AD ¹ - 24	Fico entusiasmada com o bebê, tenho expectativa de como ficar sozinha com o bebê.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ¹ - 25	O bebê é normal, passou, só um dia na incubadora, mas está tudo bem	Evolução do bebê
AD ¹ - 26	Já vai começar a mamar amanhã.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ¹ - 27	Eu tiro o leite, dou para ele. Estou sempre com ele.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ¹ - 28	Preciso saber como pegar, como cuidar, como banhar, mas minha mãe vai me ensinar tudo.	Expectativas de cuidados do bebe com ajuda materna
AD ¹ - 29	Ainda não sei dizer como é ser mãe na adolescência, porque ainda não fiquei sozinha com ele, mas é bom pegar o neném no braço.	Desconhecimento do que é ser mãe na adolescência
AD ¹ - 30	Não estou ainda cuidando dele.	Expectativas de cuidados com recém-nascido

AD ¹ - 31	Espero que não seja tão difícil.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ² -32	Ser mãe nova, realmente é muito difícil, tem muita crítica, também das pessoas.	Dificuldades da gravidez na adolescência
AD ² -33	agora que nasceu deixa a pessoa muito para baixo.	
AD ² -34	as pessoas da família criticam, ficaram criticando porque já tenho um bebê de 2 anos.	Gravidez não planejada
AD ² -35	não foi planejada, mas foi aceita, mesmo que não fosse planejada, eu quero muito ela, mas é difícil, pessoas criticam.	Gravidez não planejada
AD ² -36	A que mais entende é minha mãe, meu marido também aceitou, a família que tá apoiando.	Apoio familiar
AD ² -37	Minha mãe ficou preocupada com o financeiro.	Dependência financeira familiar
AD ² -38	Moro com minha sogra, dependo em tudo da minha sogra.	Dependência financeira familiar
AD ² -39	Eu tomava injeção para evitar.	Planejamento Familiar
AD ² -40	Passei um mês sem tomar, porque eu não queria pedir dinheiro a minha sogra.	Dependência financeira familiar
AD ² -41	Fiquei surpresa, fiquei em choque, na verdade fiquei desanimada.	Medo
AD ² -42	Entrei no hospital porque tava perdendo líquido e com dores, estava com infecção urinária., sentia dores para urinar, eu não sentia nada.	Riscos desconhecido
AD ² -43	Fui no hospital Gonzaguinha de Messejana e o médico disse que eu estava em trabalho de parto prematuro e o bebê não ia sobreviver.	Riscos desconhecido
AD ² -44	Queria que tivesse sido de nove meses.	Prematuridade
AD ² -45	Mesmo que não planejada eu queria muito ela, mas era pequenininha.	Prematuridade
AD ² -46	Não penso muito alto, mas também não muito baixo.	Planejamento

AD ² -47	Eu quero que ela viva.	Expectativa
AD ² -48	Ela não respira só, é com aparelho, não mentir me preocupa.	Riscos desconhecido
AD ² -49	O primeiro foi cesárea, porque eu não tinha passagem, esse foi parto normal.	Assistência obstétrica
AD ² -50	Vou fazer papel de mãe, mãe que é mãe consegue conviver com os problemas.	Mãe adolescente
AD ² -51	A primeira foi difícil, mas agora tá mais. Tirando isso, gosto de ser mãe.	Mãe adolescente
AD ² -52	Não vou desistir dela de jeito nenhum, o que eu puder eu vou fazer.	Expectativas
AD ² -53	Quero muito que ela cresça, mas tenho medo os órgãos são muito prematuros.	Prematuridade
AD ² -54	Ela não respira só.	Prematuridade
AD ² -55	Nunca pensei em passar por essa, ter uma gravidez com problemas, mas sou feliz.	Riscos desconhecido
AD ² -56	Se eu não tivesse engravidado ia estudar, vou me organizar para cuidar dela e estudar.	Planejamento
AD ² -57	Eu não vou mais sair para curtir, mas a minha vida não acabou.	Responsabilidade familiar
AD ² -58	Tem mãe que quer sair, mas eu vou cuidar bem das minhas filhas, quem arrumou num foi eu, então eu vou cuidar.	Responsabilidade familiar
AD ² -59	Eu vou tentar cuidar dela o melhor possível	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ³ -60	Minha vida é tranquila, normal	Vida cotidiana
AD ³ -61	não tenho convivência ruim com meu marido.	Relacionamento
AD ³ -62	Vivo com ele há três anos, a gente brigava e voltava era complicação.	Relacionamento
AD ³ -63	Eu não tinha juízo certo, gostava era de bater perna, andar pelos cantos, gostava mais de festas, mas agora parou isso.	Transformação de adolescente para mãe

AD ³ -64	Eu tenho minha princesa.	Responsabilidade familiar
AD ³ -65	Foi doloroso, eu saí de casa, fui para o hospital aí ele nasceu.	Riscos desconhecido
AD ³ -66	Foi difícil a ela nascer prematura, foi um alívio ela ter nascido viva	Riscos desconhecido
AD ³ -67	É uma dor muito grande, nunca senti dor dessas, ou maior.	Medo
AD ³ -68	Quando ela nasceu aliviou tudo.	Assistência obstétrica
AD ³ -69	Passei dois dias sem ver ela.	Vínculo prejudicado
AD ³ -70	Ela tava no respirador, mas já saiu e tá só na sonda.	Progresso do tratamento na unidade de terapia intensiva
AD ³ -71	Na minha mente não vai sair dali nunca.	Desesperança
AD ³ -72	Meu marido e minha mãe trabalham e não vem, aqui.	Responsabilidade familiar
AD ³ -73	Os amigos da minha mãe vem me visitar.	Apoio da comunidade
AD ³ -74	Vim de Boa Viagem, porque lá tem sustentabilidade, fui para Canindé, não tinha incubadora e vim pra cá.	Itinerário terapêutico
AD ³ -75	Quase não tinha vaga, mas fiquei.	Itinerário terapêutico
AD ³ -76	Ela toma dois tipos de leite o meu que tiro e outro e outro pela sonda.	Alimentação
AD ³ -77	Ela tá no banho de luz, a pele dela é muito clarinha, por causa disso não posso tirar ela, faz frio.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ³ -78	achei bom que é um ensino.	Transformação de adolescente para mãe
AD ³ -79	Tomava ciclo 21, aí no que aconteceu.	Planejamento Familiar

AD ³ -80	Eu achava que ia engravidar depois dos trinta, mas achei bom.	Transformação de adolescente para mãe
AD ³ -81	...tava sangrando, fui fazer um exame e o médico disse que tava grávida, mas tava tudo bem com a menina.	Descoberta da gravidez
AD ³ -82	Achava bonito ter filho.	Transformação de adolescente para mãe
AD ³ -83	É bonito cuidar de uma criança, é um "círculo virtuoso".É bonitinho.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ³ -84	Na hora foi doloroso, o que está mantendo aqui é ela, não me sinto confortável.	Responsabilidade familiar
AD ³ -85	Tá aqui, não está com ela, às vezes eu choro.	Restrição de vínculo
AD ³ -86	Sou manteiga derretida.	Sensibilidade
AD ³ -87	Acho que aprendo. Eu não tenho muita experiência. Mas alguém vai me ensinar, minha mãe.	Apoio familiar
AD ³ -88	Ela é pequenininha, mas eu aprendo, aos pouco estou aprendendo. Sei que ainda vou demorar um bocado de ano aqui.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ³ -89	Ainda não sei o que é ser mãe.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD ³ -90	Vou lá de 2 em 2 hora até 22h, é muito cansativo.	Estresse durante o internamento do recém-nascido
AD ³ -91	Eu me preocupo se ela não melhorar.	Medo
AD ³ -92	...o povo diz que nasce quando tem raiva, medo, susto.	Medo
AD ³ -93	Eu senti um alívio quando nasceu, eu pensei que ela não estava viva.	Esperança
AD ³ -94	Eu me preocupo com ela piorar e ter que voltar.	Medo
AD ³ -95	Antes eu me considerava uma criança, mas agora eu tenho uma criança para cuidar. Me tornei mulher, me considero mãe. Eu afasto o medo.	Transformação de adolescente para mãe

AD ³ -96	Pensando nela se recuperar, isso me mantém forte.	Esperança
AD ³ -97	Acreditando em Deus é o que vale. Eu faço o que precisar para ela melhorar. Até mesmo morar aqui.	Apoio religioso/espiritual
AD4- 98	Sei lá. Minha gravidez foi boa, planejada.	Planejamento
AD4-99	Queria ser mãe. Já estou junta há 3 anos, sou filha única.	Gravidez na adolescência
AD4-100	Queria muito ser mãe. Queria sentir como era ser mãe pela primeira vez.	Gravidez na adolescência
AD4-101	Queria terminar os estudos, fazer faculdade, mas eu me desestimulei, não estava interessante, antes eu gostava.	Expectativa de vida
AD4-102	Eu parei de estudar aos 14 anos, quando me juntei com ele, mas eu parei porque eu quis, perdi o gosto. E me arrependi.	Expectativa de vida
AD4 -103	Meus pais queriam que eu estudasse, fizesse faculdade, mas eu parei. Me arrependi.	Expectativa de vida
AD4-104	Eu não sabia que ia acontecer isso. Eu não estava esperando, mas eu senti que ele queria vir ao mundo mais cedo.	Riscos desconhecido
AD4-105	Eu bati um Ultrassom, e no outro dia comecei a sentir as dores, fui para o hospital de Jaguaretama.	Itinerário terapêutico
AD4-106	Fui transferida para o Hospital de Morada Nova, mas não fomos prá lá, porque eu já estava com 6 cm, viemos logo para cá.	Itinerário terapêutico
AD4-107	A enfermeira Jaguaretama conseguiu a vaga.	Itinerário terapêutico
AD4 – 108	Foi um tudo. Uma sensação.	Sensibilidade
AD4-109	Passar esse tempo todo no hospital, não é todo mundo que consegue.	Enfrentamento diante de dificuldades
AD4-110	Nascer de 8 meses e teve capacidade de reagir.	Prematuridade
AD4-111	Ah! Amamentar, cuidar. Não tem como explicar. Não sei.	Expectativas de cuidados com recém-nascido

AD4-112	Conviver com uma criança em casa. O cuidar é preocupante.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD4 – 113	Até o respirar a gente se preocupa. Meu marido fica direto perguntando por ela, quando vai para casa.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD4-114	Ah! sou muito tímida.	Dificuldade de comunicação
AD4-115	Me preocupo a noite, como vai ser, vê a respiração, tá começando a mamar.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD4-116	Vou lá de 2 em 2 horas, até 8h da noite. É cansativo. Só aguento por ela.	Responsabilidade familiar
D4-117	Algumas pessoas disseram que eu não ia cuidar, não ia ligar, ia deixar para minha mãe cuidar.	Preconceito
AD4 – 118	Estou aprendendo a viver mais com meu marido. Eu decidi ser mãe eu vou cuidar.	Responsabilidade familiar
AD4-119	Todos viram que eu quero ser mãe. Já estou de alta e continuo aqui acompanhando. Podia ir embora, deixar ela aqui, mas só vou com ela.	Responsabilidade familiar
AD4-120	Está só mamando, aprendeu a sugar. Ela tomava complemento, foi suspenso.	Alimentação
AD4-121	Se não fosse o problema da pele, já estava boa. Ela ficou amarelinho. Por que meu sangue é O positivo e dela é A positivo.	Cuidados médicos
AD4-122	Ela é linda. Fiquei feliz mesmo sendo prematura, gosto de ser mãe. Eu penso que vai ficar tudo bem.	Expectativa
AD4-123	Eu queria uma menina e foi.	Expectativa
AD4-124	Eu só vou sentir como é, quando tiver em minha casa sozinha, quando tiver cuidando dela totalmente. Vou cuidar dela, aprender. Já aprendi muita coisa.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD5-125	Minha vida é boa, é ótima.	Vida cotidiana
AD5-126	Estou casada há um pouco mais de um ano.	Relacionamento

AD5-127	Nossa relação é tranquila. No começo era meio conturbado, porque ele veio de outro relacionamento, já tem filhos também, outra mulher.	Relacionamento
AD5-128	Eu planejei. Eu tinha problema para engravidar.	Planejamento Familiar
AD5-129	Aí o médico disse que eu precisava tomar remédio para ovular se quisesse engravidar.	Planejamento Familiar
AD5-130	Eu fiquei com medo de perder ela.	Medo
AD5-131	Eu tomei remédio para amadurecer o pulmão, precisava de 4 doses, Só deu tempo de tomar duas mesmo, tiveram que tirar ela mesmo porque deu problema na placenta, tinha pouco sangue circulando por conta da pressão alta.	Assistência obstétrica
AD5-132	No começo da gravidez até esse justo dia que eu me senti mal, não tinha pressão alta. Fiz pré-natal e não deu pressão alta.	Assistência de pré-natal
AD5-133	Não foi uma coisa boa, estou há vários dias no hospital acompanhando, fico só por causa da minha filha, mas não é nada bom ficar no hospital, mas ela tá sendo tratada.	Manutenção do vínculo durante o período de internação
AD5-134	É longe da família, não tenho contato, só minha irmã vem me visitar, ela está na casa de uma tia. Meu marido veio só para conhecer a neném e voltou para trabalhar, ele trabalha lá, negócio próprio, precisa tá lá, não pode deixar lá senão acaba.	Distante do convívio familiar
AD5-135	...tava com medo dela passar muito tempo aqui no hospital, outros meninos estão internados aqui há cinco meses, mas as doutoras me explicaram e me acalmei.	Expectativa de alta
AD5-136	Respirava no capacete, agora tá só com sonda para se alimentar. Eu saio daqui vou no banco de leite, tiro o leite e dou para ela.	Expectativa de sobrevivência do bebe
AD5-137	Fico o tempo todo lá, até enquanto aguento a ficar em pé, depois saio, venho para cá... É cansativo ficar no hospital, tem desconforto.	Manutenção do vínculo durante o período de internação

D5-138	Eu vou tentar cuidar dela o melhor possível.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD6-139	Tenho uma vida normal, nunca gostei de sair de casa, gosto de ficar em casa, a gente convive, tem um bom relacionamento, ele vem dar as coisas pro filho dele.	Vida cotidiana
AD6-140	Estamos juntos mas devido o trabalho dele, a gente não convive junto, ele é soldado e não tem tempo de ir pra casa, só quando tem folga, mas ele acompanhou a gravidez do início ao fim.	Relacionamento conjugal
AD6-141	Digamos que não foi tão planejada, mas já que veio vamos cuidar, não vamos desprezar, a criança não tem culpa.	Aceitação da gravidez
AD6-142	Por causa da bolsa que rompeu antes do tempo, estava entrando na 31 semana. Vim para hospital dia 24 de março, fiquei internada na casa da gestante por amniorrexe com perda de líquido.	Nascimento prematuro
AD6-143	A gente planejava, mas não agora, pensei assim que como eu sou nova, mas depois dos vinte já vou está mais velha, ia planejar, e no começo desse planejamento eu engravidei.	Planejamento Familiar
AD6-144	Pra mim não foi tão estranho eu já vou entrar nos meus 18 anos e vejo meninas de 10 anos engravidando assim e pra mim não vai ser tão estranho, as pessoas me olharam normal porque pra elas é normal.	Aceitação da gravidez na adolescência
AD6-145	Foi um choque, mas se é pra ele ter nascido com saúde, bem, como eu tive perca de líquido e tinha restrição de crescimento e minha barriga não podia crescer mais, ele não podia chegar aos nove meses, os médicos me perguntaram se eu queria tentar chegar aos nove meses ou se eu queria fazer logo a cesariana, e assim se é pra salvar a vida dele melhor que faça logo.	Nascimento prematuro
AD6-146	bolsa que rompeu antes do tempo, estava entrando na 31 semana. Vim para hospital dia 24 de março, fiquei internada na casa da gestante por amniorrexe com perda de líquido.	Nascimento prematuro

AD6-147	Não foi fácil, mas a pessoa tem que superar.	Enfrentamento diante de dificuldades
AD6-148	Tem que se contentar, se foi antes do tempo é porque tinha que ser, pra mim o que importava era a saúde do bebê não pensava nem em mim, só nele.	Nascimento prematuro
AD6-149	Vai ser bom, como se fosse um bebê de nove meses, eu tive uma experiência com minha sobrinha, praticamente eu criei ela, no começo tinha medo de segurar uma criança recém-nascida, mas a partir do momento em que ela nasceu decidir cuidar dela como se fosse minha.	Enfrentamento diante de dificuldades
AD6-150	Moro com minha sogra, nunca pensei em ter uma gravidez prematura, foi difícil, sofri um pouco, muita dor.	Enfrentamento diante de dificuldades
AD6-151	É bom, eu gosto dele, ele gosta de mim, me trata bem, trabalha, minha sogra me trata bem.	Relacionamento conjugal
AD6-152	Não tomava nada, usava somente camisinha, foi descuido.	Planejamento Familiar
AD6-153	Eu tenho uma prima que mora perto da minha sogra, vim passar as férias e conheci ele no colégio e fiquei com ele.	Relacionamento conjugal
AD6-154	Esperava que nascesse normal, não pensei que seria tão miúdo.	Nascimento prematuro
AD6-155	Tenho a ajuda minha sogra.	Relacionamento familiar
AD6-156	Venho de manhã, passo o dia, levo leite pra ele, a noite minha sogra vem me buscar.	Vida cotidiana
AD6-157	Vou tipo tirando leite e indo deixar.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD6-158	Dizem que vai custar um pouco, que eu tenha cuidado quando chegar em casa no cuidado.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD6-159	Estou com meu marido há cinco anos.	Relacionamento conjugal

AD6-160	Todos os meus filhos foram dele, tem pai diferente não.	Relacionamento conjugal
AD7-161	Mora eu, ele, minha mãe, meu irmão, tudo na mesma casa, nossa relação é meio boa.	Relacionamento conjugal
AD7-162	Sempre tem discussão, por que tem muita gente, mas a gente vive bem.	Relacionamento conjugal
AD7-163	Na primeira gravidez eu tinha dezessete anos e não planejei nenhuma.	Planejamento familiar
AD7-164	Fazia oito meses que eu tinha parada de tomar injeção, ai eu engravidei dela.	Planejamento familiar
AD7-165	Com 24 semanas, cinco meses e meio ela nasceu, ai eu passei um mês e doze dias visitando ela no HGF onde ela nasceu.	Experiência anterior de parto prematuro
AD7-166	Depois ela morreu.	Vivência de perda neonatal
AD7-167	Um ano depois eu engravidei de novo.	Recidiva da gravidez
AD7-168	Dois meses eu perdi.	Vivência de perda fetal
AD7-169	Fui fazer um ultrassom meu bebê estava morto.	Vivência de perda fetal
AD7-170	Voltei a tomar injeção, só que eu usei a pomada e acabei engravidando de novo.	Planejamento familiar
AD7-171	Foi agora do Lucas e ele nasceu com 34 semanas.	Nascimento prematuro
AD7-172	É difícil né? Porque minha mãe não queria.	Aceitação da família sobre a gravidez na adolescência
AD7-173	Depois que passou o tempo todo mundo começou a aceitar.	Aceitação da família sobre a gravidez na adolescência
AD7-174	Meu marido já tem um filho.	Relacionamento conjugal

AD7-175	nem sabia que nenhum ia ser assim...eu não tinha complicação na gravidez.	Expectativa de gravidez normal
AD7-176	Outra eu abortei e não bebia nem água e dele eu já comia bem, dormia, tudo normal.	Expectativa de gravidez normal
AD7-177	De uma hora pra outra a bolsa estourou.	Nascimento prematuro
AD7-178	Tive que vir pro hospital com 34 semanas e ele nasceu.	Nascimento prematuro
AD7-179	Eu cheguei aqui às 6 horas e quando foi 10 horas eu já tive ele.	Nascimento prematuro
AD7-180	porque eu já tinha tido um na verdade, esse foi o segundo, foi bem relembrando.	Experiência anterior de parto prematuro
AD7-181	Foi mais tranquilo desse porque ele já estava bem maior, mais chance de sobreviver.	Experiência anterior de parto prematuro
AD7-182	Difícil porque exige mais cuidados.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD7-183	A amamentação dele tem que ser mais prolongada eu acho.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD7-184	Porque a mama estimula muito a criança.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD7-185	Ele nasceu muito pequenininho.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD7-186	Os cuidados têm que ser bem redobrado.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD7-187	Eles ficam muito estressados por conta do ambiente.	Estresse durante o internamento do recém-nascido

AD7-188	Não estão mais na nossa barriga, escuta zoada, dizem que os bebês são muito estressadinhos por causa disso.	Estresse durante o internamento do recém-nascido
AD7-189	É difícil, mas estou aqui só por ele mesmo.	Estresse durante o internamento do recém-nascido
AD7-190	É tão bom a gente estar em casa.	Isolamento social
AD7-191	Receber alta com nosso bebê é bem diferente, eu não tenho coragem de ir e deixar ele aqui.	Estresse durante o internamento do recém-nascido
AD7-192	A gente se sente sozinha, não estar perto da família, com pessoas desconhecidas dentro do mesmo quarto saindo e entrando.	Isolamento social
AD7-193	Fé em Deus que um dia vamos sair daqui eu e ele.	Apoio religioso/espiritual
AD7-194	Moro com a mãe,	Aceitação da família sobre a gravidez na adolescência
AD7-195	arrumei um namorado que não prestava, ai eu deixei ele porque queria viver me batendo	Violência doméstica
AD8-196	deixei ele e tava grávida e não sabia	Enfrentamento diante de dificuldades
AD8-197	fui bater a ultrassom e eram duas meninas, ai eu não sabia se sorria ou chorava	Transformação de adolescente para mãe
AD8-198	quando chegou no sétimo mês eu comecei a sentir dor ai vim pra cá e me internaram	Sentimentos diante do parto prematuro
AD8-199	completei o sétimo mês senti dor forte mesmo e não aguentei e tive ela	Nascimento prematuro
AD8-200	Eu pensava que ia morrer porque era muita dor e pesava muito	Riscos desconhecido

AD8-201	Eu fiquei de cócoras e minha mãe gritou pensando que era as meninas, mas era a bolsa	Riscos desconhecido
AD8-202	o doutor veio me colocou na cama e estourou a bolsa	Violência obstétrica
AD8-203	mandou colocar força quando viesse a dor e saiu a primeira e ela mandou colocar força de novo e saiu a outra	Violência obstétrica
AD8-204	Foi normal, só em elas terem nascido bem sem problemas	Enfrentamento diante de dificuldades
AD8-205	Foi muito bom não	Enfrentamento diante de dificuldades
AD8-206	É difícil por que eu nunca tive nenhum, agora estou aprendendo	Enfrentamento diante de dificuldades
AD8-207	elas me ensinam a vestir a fraldinha, pesar a fraldinha, dizer do peso, pesar elas, eu mesma peso elas e a fralda, troco elas, passo a pomada e coloco a fralda de novo.	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD8-208	ela só faz estimular por enquanto, vou pro banco de leite e tiro os copinhos	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD8-209	elas mesmas que dão porque eu tenho medo de engasgar elas, porque é copinho	Sentimentos diante do parto prematuro
AD8-210	Minha mãe estará do meu lado para me ajudar.	Apoio familiar
AD8-211	Não me arrependo de ter minhas filhas não, gostei, só não gostei da dor	Transformação de adolescente para mãe
AD8-212	depois que passou a dor pronto, eu vi minhas filhas e amei	Transformação de adolescente para mãe
AD8-213	Fomos para outro hospital e não tinha incubadora pra botar.	Sentimentos diante do parto prematuro

AD8-214	Eu pedi ao meu compadre pra vir me deixar, o que vai ser padrinho das meninas.	Apoio familiar
AD8-215	Estou me sentindo bem, agradeço a Deus por ter me dado duas filhas, só assim eu me aquieto.	Transformação de adolescente para mãe
AD8-216	Eu viva mais na rua do que em casa, nas casas das amigas conversando, agora vou ter que cuidar das meninas, parar de andar	Vida cotidiana
AD9-217	Antes de engravidar tudo era normal, estudava trabalhava, tinha terminado meus estudos estava planejando fazer um concurso	Vida cotidiana
AD9-218	Iria começar no dia 05 de março desse ano, só que então veio a gravidez, as complicações e eu não conseguir.	Transformação de adolescente para mãe
AD9-219	<i>a gente já tinha planejado ter ela, só que a gente tentou, tentou por um tempo e não conseguiu e quando a gente desistiu descobrir que estava grávida.</i>	Planejamento familiar
AD9-220	<i>Porque não atrapalhou os meus estudos assim porque já havia terminado mas atrapalhou a continuidade deles</i>	Vida cotidiana
AD9-221	Saber se ela e sobreviver na hora, assim depois que ela nascesse mesmo	Sentimentos diante do parto prematuro
AD9-222	mas graças a Deus ela sobreviveu	Apoio religioso/espiritual
AD9-223	Foi difícil porque na vida não acontece nada do que a gente planeja,	Expectativa de gravidez normal
AD9-224	nunca pensei que teria infecção e que minha filha ia nascer,	Riscos desconhecidos
AD9-225	pensei que ela nasceria nos nove meses com saúde, pra mim levar ela pra casa logo e não teria que vir todo dia	Expectativa de gravidez normal
AD9-226	tudo foi diferente do que eu pensei que seria	Expectativa de gravidez normal

AD9-227	Ter mais cuidado com ela, cuidar dela de um modo diferente, ela tem que ter um cuidado especial	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD9-228	<i>Eu vou ter que aprender porque ainda não sei, ter que aprender, me esforçar.</i>	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD9-229	tem dias que eu saio chorando, tem dia que vou pra casa sorrindo, por que tem pioras e melhoras, a gente nunca sabe o que vai acontecer	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD9-230	<i>Exige esforço, é cansativo, mas por ela eu venho todo dia, todo dia se precisar até ela ficar boa e poder ir para casa</i>	Manutenção do vínculo durante o período de internação
AD9-231	as vezes eu vou chorando, mas eu sei que aqui ela vai ter cuidados especiais que ela não pode ter em casa no momento	Expectativa de sobrevivência do bebe
AD9-232	Eu gostaria de dizer que ser mãe é difícil, exige muito da pessoa, mas a gente tem que acreditar	Transformação de adolescente para mãe
AD9-233	Primeiramente eu fui para o hospital de lá as duas e trinta da manhã, procurei o atendimento médico, ele veio fez o exame de toque em mim me disse que eu estava com 2 cm de dilatação	Itinerário terapêutico
AD9-234	precisava de um bom hospital que tivesse suporte para minha filha poder sobreviver	Itinerário terapêutico
AD9-235	Eu fiquei com medo, com medo de ela nascer eu vindo ou quando chegasse aqui, no meio do caminho e ela morrer	Sentimentos diante do parto prematuro
AD9-236	Antes da gravidez eu estudava, nós eramos junto mas vivíamos nos separando, em crise	Relacionamento conjugal conturbado
AD9-237	voltamos e eu engravidei e depois da gravidez foi a mesma coisa, nunca mudou, viva brigando, brigando, e era festa por cima de festa.	Relacionamento conjugal conturbado

AD9-238	<i>depois da gravidez ele saia e me deixava sozinha</i>	Relacionamento conjugal conturbado
AD10-239	foi um trauma pra minha gravidez, por que eu chorava muito e sofria muito por ele e ele nem <i>ai</i>	Relacionamento conjugal conturbado
AD10-240	Não foi planejada mas também não foi indesejada por que eu não evitava	Planejamento familiar
AD10-241	não tomava comprimido mas veio e tive que criar	Planejamento familiar
AD10-242	<i>tive que criar e criei um amor e fui pra minha mãe porque tinha medo de perder de tanta raiva que ele me fazia</i>	Apoio familiar
AD10-243	família apoiou, sempre tive o apoio da família	Apoio familiar
AD10-244	quando os amigos vinham pra ele ir pra folia, ele me deixava sozinha	Relacionamento conjugal conturbado
AD10-245	Ele sempre dizia que queria um filho meu, que íamos fazer um filho mas quando eu engravidei foi totalmente diferente	Relacionamento conjugal conturbado
AD10-246	Foi um choque, porque minha irmã teve de cinco meses	Sentimentos diante do parto prematuro
AD10-247	eu chorava todo dia no hospital	Sentimentos diante do parto prematuro
AD10-248	<i>Ah porque a menina não queria sair e os médicos não queriam fazer cesária e eu passei mais de 24 horas sofrendo</i>	Sentimentos diante do parto prematuro
AD10-249	<i>no meu parto todinho ela me acompanhou até a hora da menina nascer porque acabou a visita</i>	Apoio familiar
AD10-250	<i>Porque é mais sensível que uma criança normal, tem que ter mais cuidado, ele pode perder peso mais rápido</i>	Expectativas de cuidados com recém-nascido

AD10-251	<i>Eu queria levar ela pra casa, eu queria cuidar dela</i>	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD10-252	Elas me ensinam, é assim, quando faço algo errado elas dizem que não é assim	Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD10-253	Vou precisar dos cuidados da minha mãe, por que eu não vou conseguir cuidar dela sozinha	Apoio familiar
AD10-254	É uma caminhada todo dia vir e cansativo	Manutenção do vínculo durante o período de internação
AD10-255	Meus planos é só cuidar dela, acho que vai ser um aprendizado	Expectativas de cuidados com recém-nascido

RECORTE EXPRESSIVOS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
AD1(1);AD1(2);AD1(5);AD3(60);AD5(125);AD6(139);AD6(156);AD8(216);AD9(217);AD9(220);	I - Vida cotidiana
AD1(3);AD1(4);AD3(61);AD3(62);AD5(126);AD5(127);AD6(140);AD6(151);AD6(159);AD6(160);AD7(161);AD7(162);AD7(174);	II - Relacionamento conjugal
AD1(6);AD1(9);AD4(98); AD5(128); AD5(128);AD9(219);	III - Gravidez planejada
AD1(7);AD1(18);AD2(42);AD2(43);AD2(48);AD2(55);AD3(65);AD3(66);AD3(67);AD4(104); AD8(200);AD8(201); AD9(224)	IV - Riscos desconhecidos
AD1(8); AD1(10); AD1(11); AD1(19); AD7(175);AD7(176); AD9(223); AD9(225); AD9(226);	V-Expectativa de gravidez normal
AD1(12);	VI-Complicação na gravidez
AD1(13); AD6(142); AD6(145); AD6(146);AD6(148);AD6(154);AD7(171);AD7(177);AD7(178);AD7(179);AD8(199);	VII-Nascimento prematuro
AD1(14);AD1(17);	VIII-Riscos da prematuridade
AD1(15); AD2(41); AD8(198);AD8(209);AD8(213);AD9(221);AD9(235);AD10(246);AD10(247); AD10(248).	IX-Sentimentos diante do parto prematuro
AD1(16); AD2(47); AD2(52);AD3(93);AD3(96);AD4(122);AD5(130); AD5(136);AD9(231);	X-Expectativa de sobrevivência do recém-nascido
AD1(20); AD6(155);	XI- Relacionamento familiar
AD1(21);AD1(22);AD1(23);AD5(134) AD7(190);AD7(192);	XII - Isolamento social
AD1(24); AD1(26); AD1(27); AD1(28); AD1(30);AD1(31); AD2(59);AD2(59);AD3(76); AD3(77);AD3(83); AD3(88);AD4(111); AD4(112); AD4(113);AD4(115); AD4(120);AD4(124);AD5(138); AD6(157);AD6(158);AD7(182);AD7(183);AD7(184);AD7(185);AD7(186);AD8(207);AD8(208);AD9(227); AD9(228);AD9(229);AD10(250); AD10(251); AD10(252);AD10(255);	XIII- Expectativas de cuidados com recém-nascido
AD1(25);AD3(70);AD4(121);AD5(136);	XIV - Progresso do tratamento na unidade de terapia intensiva
AD1(28);	XV - Expectativas de cuidados do bebê com ajuda materna
AD2(34);AD2(35); AD2(39); AD3(79);AD3(81);AD6(143); AD6(152); AD7(163); AD7(164);AD7(170);AD10(240);AD10(241);	XVI- Gravidez não planejada
AD2(37);AD2(38); AD2(40);	XVII - Dependência financeira familiar
AD2(45);AD2(53); AD2(54); AD4(110);	XVIII - Prematuridade
AD2(49);AD3(68);AD5(131);	XIX- Assistência Obstétrica
AD2(57); AD2(58);AD3(64);AD3(72); AD3(84);AD4(116); AD4(117); AD4(118); AD4(119);	XX- Responsabilidade da adolescente como mãe
AD1(29); AD2(32);AD2(33);AD2(50);AD2(51);AD3(63);AD3(78);AD3(80);AD3(82);AD3(89);AD3(95); AD8(197); AD8(211);AD8(212); AD8(215); AD9(218); AD9(232);	XXI - Transformação de adolescente para mãe
AD8(202);AD8(203)	XXII- Violência obstétrica
AD3(73)	XXIII - Apoio da comunidade

AD3(74);AD3(75);AD4(105);AD4(106);AD4(107);AD9(233);AD9(234)	XXIV - Itinerário terapêutico
AD3(69);AD3(85);	XXV - Restrição de vínculo com bebê internado
AD3(86);	XXVI - Labilidade emocional
AD2(36);AD3(87);AD6(155);AD8(210);AD8(214);AD10(242);AD10(243);AD10(249);AD10(253)	XXVII - Apoio familiar
AD3(90);AD7(187);AD7(188);AD7(189);AD7(191);	XXVIII - Estresse durante o internamento do recém-nascido
AD3(71);AD5(135);	XXIX - Expectativa de alta do recém-nascido prematuro
AD3(97);AD9(222);AD7(193);	XXX - Apoio religioso
AD3(91);AD3(94);	XXXI - Ansiedade em relação ao tratamento
AD3(92)	XXXII - Cultura popular
AD7(195)	XXXIII - Violência doméstica
AD4(108);AD4(109);AD4(114);AD6(147);AD6(149);AD6(150);AD8(204);AD8(205);AD8(206);AD8(196);	XXXIV - Enfrentamento diante de dificuldades
AD5(133);AD5(137);AD9(230);AD10(254)	XXXV - Manutenção do vínculo durante o período de internação
AD6(141);AD6(144)	XXXIV - Aceitação da gravidez na adolescência
AD7(165)	XXXIV - Experiência anterior de parto prematuro
AD7(166);	XXXVII - Vivência de perda neonatal
AD7(167);	XXXVIII - Reincidência da gravidez na adolescência
AD7(172);AD7(173);	XXXIX - Aceitação da família da gravidez na adolescência
AD7(168);AD7(169);	XL - Vivência de perda fetal
AD9(236);AD(237);AD9(238);AD10(239);AD10(244);AD10(245)	XLI - Relacionamento conjugal conturbado
AD4(101);AD4(102);AD4(103);	XLII - Planos futuros

REDUÇÃO I	REDUÇÃO II
Gravidez planejada	Gravidez na adolescência
Expectativa de gravidez normal	
Gravidez não planejada	
Complicação na gravidez	
Reincidência da gravidez na adolescência	
Aceitação da gravidez na adolescência	
Itinerário terapêutico	
Nascimento prematuro	Nascimento prematuro
Prematuridade	
Riscos da prematuridade	
Riscos desconhecidos	
Apoio da comunidade	
Expectativa de alta do recém-nascido prematuro	Expectativa relacionada ao recém-nascido prematuro
Expectativa de sobrevivência do recém-nascido	
Expectativas de cuidados com recém-nascido	
Expectativas de cuidados do bebê com ajuda materna	
Apoio familiar	Apoio familiar na aceitação da gravidez
Dependência financeira familiar	
Relacionamento familiar	
Aceitação da família da gravidez na adolescência	
Violência doméstica	
Relacionamento conjugal conturbado	
Progresso do tratamento na unidade de terapia intensiva	Acompanhamento da mãe adolescente durante o período de internação do recém-nascido
Restrição de vínculo com bebê internado	
Estresse durante o internamento do recém-nascido	
Ansiedade em relação ao tratamento	
Manutenção do vínculo durante o período de internação	
Apoio da comunidade	
Sentimentos diante do parto prematuro	
Experiência anterior de parto prematuro	
Vivência de perda neonatal	
Vivência de perda fetal	
Enfrentamento diante de dificuldades	
Labilidade emocional	
Apoio religioso	
Isolamento social	
Assistência Obstétrica	Condutas adequadas e inadequadas na assistência obstétrica
Violência obstétrica	
Responsabilidade da adolescente como mãe	Transformação e responsabilidade da mãe adolescente
Transformação de adolescente para mãe	
Vida cotidiana	Perspectiva do futuro das mães adolescentes
Planos futuros	

REDUÇÃO II	REDUÇÃO III
Gravidez na adolescência	Gravidez na adolescência
Apoio familiar na aceitação da gravidez	
Transformação e responsabilidade da mãe adolescente	
Perspectiva do futuro das mães adolescentes	
Nascimento prematuro	Sentimentos e enfrentamentos na experiência de parto e nascimento prematuro
Sentimentos e enfrentamentos diante das experiências de parto e nascimento prematuro	
Condutas adequadas e inadequadas na assistência obstétrica	
Expectativa relacionada ao recém-nascido prematuro	Acompanhamento no internamento e expectativas relacionadas aos cuidados com o recém-nascido prematuro
Acompanhamento da mãe adolescente durante o período de internação do recém-nascido	

REDUÇÃO III	CATEGORIAS
Gravidez na adolescência	Gravidez na adolescência
Sentimentos e enfrentamentos na experiência de parto e nascimento prematuro	Sentimentos e enfrentamentos da mãe adolescente na experiência de parto e nascimento prematuro
Acompanhamento no internamento e expectativas relacionadas aos cuidados com o recém-nascido prematuro	

CATEGORIAS TEMÁTICAS
Gravidez na adolescência
Sentimentos e enfrentamentos da mãe adolescente na experiência de parto e nascimento prematuro