

Maternagem ao recém-nascido cirúrgico: bases para a assistência de enfermagem

Mothering the surgical newborn: foundations for nursing care
Maternaje del recién nacido quirúrgico: bases para la atención de enfermería

Adriana Teixeira Reis¹, Rosângela da Silva Santos^{II}

¹ Instituto Fernandes Figueira, Departamento de Cirurgia Pediátrica. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento Materno-Infantil. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Submissão: 13-02-2011 **Aprovação:** 13-02-2013

RESUMO

O estudo objetivou compreender como se dá a maternagem na presença da cirurgia neonatal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir do método história de vida entre dezoito mulheres-mães de recém-nascidos submetidos a cirurgias. Os dados, coletados entre julho e agosto de 2009, apontaram para a emergência de duas unidades de significação: *Separação, afastamento e rejeição diante da cirurgia neonatal* e *A vivência de uma maternagem 'diferente'*. A maternagem na presença de uma cirurgia neonatal é um momento de transição e adaptação frente ao não esperado, e ao que é usual e normativo. Ocorre de forma diferenciada, podendo passar por fases de rejeição, afastamento e apresenta foco no ato cirúrgico e nos procedimentos executados. A construção de modelos de apoio à mulher e à família é essencial para o enfrentamento e a adaptação na vivência da cirurgia neonatal.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Neonatal; Mães; Terapia Intensiva Neonatal; Cirurgia.

ABSTRACT

The study aimed to understand the phenomenon of mothering in the presence of a neonatal surgery. This is a qualitative study, applying the life story method, engaging eighteen women-mothers of newborn undergoing surgery. The data, collected between July and August 2009, pointed to the emergence of two units of meaning: *Separation, removal and rejection in the face of neonatal surgery* and *Experiencing a 'different' way of mothering*. Mothering in the presence of a neonatal surgery is a time of transition and adaptation against the unexpected, and what is normal and normative. Occurs in different ways, and may go through phases of rejection and separation and has focused on surgery and procedures performed. The construction of models to support women and family is essential for them to cope and adapt to the experience of neonatal surgery.

Key words: Obstetrical Nursing; Neonatal Nursing; Mothers; Neonatal Intensive Care; Surgery.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender cómo ocurre la maternaje del recién nacido en presencia de una cirugía neonatal. Se trata de un estudio cualitativo realizado con el método historia de vida, envolviendo dieciocho mujeres-madres de recién nacidos sometidos a cirugía. Los datos, recogidos entre julio y agosto de 2009, señalaran la presencia de dos unidades de significado: *Separación, alienación y rechazo ante la cirugía neonatal* y *La Experiencia de una maternaje 'diferente'*. La maternaje en presencia de una cirugía neonatal es un tiempo de transición y adaptación ante al no esperado, y al que es normal y normativo. Se produce de diferentes maneras y puede pasar por fases de rechazo, alienación y se centrando en la cirugía y procedimientos realizados. La construcción de modelos para apoyar la mujer y la familia es esencial para la supervivencia y la adaptación ante la experiencia de la cirugía neonatal.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica; Enfermería Neonatal; Madres; Cuidado Intensivo Neonatal; Cirugía.

AUTOR CORRESPONDENTE **Adriana Teixeira Reis** E-mail: driefa@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A mulher, ao tornar-se mãe, apresenta múltiplas inseguranças, medos e dúvidas naturais de uma fase de transição. A presença de uma nova vida, completamente dependente, requer que a mulher passe por período de adaptação que varia individualmente. É natural que ela se sinta insegura na transição deste novo papel, pois, ao tornar-se mãe, passa por um processo de aprendizagem⁽¹⁾. Em condições “normais”, desenvolve um estado chamado de “preocupação materna primária”⁽²⁾, onde a única preocupação é com o bebê. Este estado faz com que a mãe seja capaz de reconhecer as necessidades da criança, buscando satisfazê-las através da maternagem. São necessidades do bebê: o *holding* (ato de segurar o bebê e contê-lo física e emocionalmente); o *handling* (cuidados de manuseio com o bebê) e cuidados de apresentação do objeto (apresentar o mundo à criança)⁽²⁾. A maternagem é desenvolvida através de cuidados rotineiros, produzindo a experiência da continuidade e, ao mesmo tempo, introduzindo novos elementos⁽³⁾. O ato de maternar requer que haja vínculo entre mãe e bebê, bem como, ao desempenhá-la, fortalece e estreita esta relação.

Mas, como se dá esse processo quando o bebê precisa realizar uma cirurgia ainda no período neonatal? Alguns recém-nascidos (RNs) apresentam aparência chocante quando possuem malformações externamente visíveis como, por exemplo, na presença de evisceração de órgãos abdominais (alças intestinais e, mais raramente, estômago, como ocorre na gastrosquise). Nestes casos, a formação do vínculo mãe-filho pode estar prejudicada pelo estado insatisfatório do RN, relacionado à aparência e à gravidade da malformação.

O RN cirúrgico é um bebê vulnerável seja fisiologicamente ou psicologicamente. Ele precisa de tecnologias e cuidados hospitalares, mas também, precisa de cuidados maternos, pois é partir daí que o ser humano (des)constrói sua personalidade, em um processo chamado de subjetivação⁽⁴⁾. A privação materna ou de uma relação calorosa, íntima e contínua com uma mãe natural ou substituta traz angústia, uma necessidade exagerada de amor, desejo de vingança, culpa e depressão, resultando em distúrbios nervosos e personalidade instável. No RN, pode acarretar atraso no desenvolvimento, perda de peso, baixa resistência a infecções, depressão, apatia, perda de contato com o meio e deterioração progressiva, podendo resultar na morte⁽⁵⁻⁶⁾.

A necessidade de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) intensifica o afastamento da díade mãe-bebê e, por conseguinte, o desempenho da maternagem. Até haver uma elaboração destes sentimentos, pode ocorrer afastamento por parte da família, já que, uma malformação no RN desencadeia um processo de adaptação gradual dos pais em relação aos cuidados e à satisfação com seu filho⁽⁷⁾.

Considerando que a temática acerca de pais de RN cirúrgicos internados em UTIN é um campo de estudo não explorado⁽⁸⁾, o objetivo deste estudo é compreender como se dá a vivência da maternagem na presença da cirurgia neonatal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, realizada a partir do método história de vida⁽⁹⁾. Foram observadas todas as exigências da Resolução 196/96. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) e do Instituto Fernandes Figueira (IFF), através dos protocolos 19/2009 e 0030.0.008.226-09, respectivamente.

Para coleta das narrativas, foi realizada a técnica de entrevista aberta mediada pela seguinte questão: “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com a cirurgia de seu filho” em uma amostra aleatória por conveniência composta por dezoito mulheres. Estas mulheres eram mães de crianças portadoras de malformações e submetidas a intervenção cirúrgica na vida neonatal, que se encontravam internadas em regime de alojamento conjunto com seus filhos (internadas na Enfermaria de Cirurgia Pediátrica), que vinham visitá-los na UTI ou que já tiveram alta hospitalar com a criança, sendo, então, captadas no Ambulatório de Cirurgia do hospital. Não foi determinada a faixa etária limite para a mulher, atendendo ao método, já que o que importa é cobrir, da melhor forma, as possibilidades do pesquisador, e a variedade de testemunhos possíveis⁽⁹⁾. Para ser incluída no estudo, foi necessário ser mulher-mãe de uma criança portadora de malformação congênita que tivesse vivenciado a necessidade de correção cirúrgica na vida neonatal; e cujo bebê tivesse idade máxima de até seis meses na data da entrevista. Foi escolhido o período de até seis meses por ser o período de dependência absoluta entre a mãe e seu bebê. Este período dura até o quinto - sexto mês de vida⁽²⁾.

Assim, foram entrevistadas dezenove mulheres, sendo nove ainda com o bebê internado na Enfermaria ou na UTI; e dez mulheres captadas no Ambulatório. Uma entrevista foi descartada, porque, apesar de o bebê ter sido submetido a uma cirurgia neonatal, não era portador de malformação congênita, mas, sim, de um cisto ovariano, descoberto, posteriormente, através do resultado da biópsia. Desta forma, permaneceram dezoito relatos para serem analisados, sendo nove entrevistas de mulheres-mães com crianças ainda internadas e nove, de mulheres captadas no Ambulatório.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital (MP3 player), em local tranquilo e reservado, de forma que as depoentes puderam sentir-se à vontade para falar. Não houve tempo pré-estabelecido para a gravação.

A coleta dos dados se encerrou quando ocorreu o “ponto de saturação”, isto é, quando as entrevistas não trouxeram mais valor agregado ao conhecimento sociológico do objeto social⁽⁹⁾.

As depoentes foram identificadas por nomes de deusas, garantindo-lhes seu anonimato. Escolheram os nomes por afinidade ao seu significado. Apenas uma depoente recusou-se a escolher o nome de deusa para identificação, preferindo a utilização do codinome “Estrela”, proposto pela própria.

Para análise dos relatos foi utilizada a técnica de análise temática⁽⁹⁾. A emergência desses temas foi sinalizada através da marcação de trechos significativos, com utilização do sistema de cores, em arquivo Excel, o que auxiliou na identificação e constituição das unidades temáticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das mulheres variou de 16 a 40 anos, sendo a média de 24,5 anos. Foram obtidas assinatura e autorização da responsável legal pela depoente de 16 anos (sua mãe). As patologias cirúrgicas de maior prevalência entre os bebês estavam relacionadas ao trato gastrointestinal (13; 72%) e geniturinário (5; 28%). A idade dos bebês variou de 9 a 150 dias (5 meses) de vida. O período de internação dos bebês variou de 7 a 117 dias (média de 38 dias). O peso dos bebês variou de 1.670 a 3.870 gramas (peso médio de 2.809 gramas). Os RNs foram submetidos à intervenção cirúrgica em torno do quarto dia de vida, sendo que dois casos realizaram a cirurgia com menos de 24 horas de nascimento. Um caso fez a primeira cirurgia ainda na vida fetal, sendo, posteriormente, submetido a nova intervenção com quatro dias de vida.

A vivência da maternagem na presença de uma cirurgia neonatal é um momento de transição, de adaptação frente a uma maternidade diferente do que foi esperado, do que é usual e normativo e que se transforma a cada instante em que a mulher vai vivenciando encontros e desencontros junto ao seu filho. A análise temática das falas permitiu a emergência de duas categorias analíticas, discutidas a seguir: *Separação, afastamento e rejeição diante da cirurgia neonatal* e *Vivência de uma maternagem 'diferente'*.

A. Separação, afastamento e rejeição diante da cirurgia neonatal

O estudo evidenciou que a transição social da maternidade não acontece de imediato, quando a mulher vivencia a cirurgia de seu filho. A maternidade, o sentir-se mãe, permanece latente e é mediado pelo ato cirúrgico em si, uma vez que muitas dúvidas permeiam a família neste difícil momento: “será que sobrevive?”, “será que vinga?”, “pode morrer?”.

Por outro lado, o desejo de ver o filho e ter que superar a separação física e emocional pela necessidade de transferência para uma unidade especializada como a UTIN, gera angústia, medo e sofrimento. Este afastamento ocorre entre mãe e bebê pela necessidade de internação na UTIN é lembrado com tristeza por Diké e Estrela.

E aí ele nasceu e já aconteceu aquela primeira separação. Ele lá no quarto e eu no outro. (Diké, 28 anos)

Eu fiquei muito magoada; ele nasceu e o transferiram tão rápido que nem deu para vê-lo. Fui conhecê-lo, quando já tinha 20 dias; aí eu vim aqui vê-lo. Não o vi quando nasceu. (Estrela, 19 anos)

O primeiro encontro com o bebê real é bastante traumático. O afastamento físico é potencializado pelas inúmeras tecnologias presentes na UTIN.

Eu bati a ultrassonografia e ninguém falou nada [...] o médico não falou... [choro] aí depois de duas semanas é que eu vim ver ele [...] Chegando aqui eu fui ver ele. Aí uma menina perguntou se eu queria pegar. Eu falei que não

porque ele tava com muita coisa na veia, com agulha. Eu ficava com medo de pegar ele e a agulha sair da veia e ficar furando ele. Aí eu não queria pegar. Eu só vim pegar quando ele tirou tudo. (Cibele, 16 anos)

A fala de Cibele é ilustrativa do quanto o ambiente tecnológico da UTIN pode adiar o sentimento de aptidão da mulher para cuidar do seu bebê. Ela precisa se sentir pronta para o cuidado. Essa prontidão não se desenvolve enquanto o bebê requer cuidados intensivos de saúde.

O sentimento de não pertencimento, o não se sentir efetivamente mãe de um filho diferente do idealizado é ilustrado, principalmente, por Radha, que vivenciou grandes frustrações desde a gestação.

Ela chora, me irrita e eu fico pensando que apesar de ter, como já ouvi muita gente falando, 'que mãe é mãe', eu sei que sou mãe dela, que é minha filha, mas no momento, eu ainda não me sinto mãe, não! Até hoje eu fico assim: 'Meu Deus, quando é que vai cair a ficha de que agora eu sou mãe?' É estranho[...] Ah, sei lá, eu não sei o que é ser mãe, não! Eu troco fralda, cuido direitinho, procuro ter bastante calma com ela porque ela é muito chorona. Isso me deixa com os nervos à flor da pele. O tempo todo ela chora - daí eu estava escutando ela chorar. Isso me deixa nervosa. (Radha, 19 anos)

O bebê submetido à cirurgia não nasce para a sociedade (não ocorre o “nascimento social” da criança). Assim, pode não ser reconhecido pela família e nem por seus pares sociais. Este evento fica temporariamente latente. O rito de passagem que marca a transição da mulher para a mulher-mãe é vivenciado de forma distinta entre essas mulheres enquanto não levam o filho para casa e o apresentam para a seu grupo social.

O sentimento da maternidade torna-se frágil. O processo de rejeição ou sentimentos de rancor e frustração para com a criança ocorre com frequência e pode ter associação com maus-tratos, uma vez que o despreparo para a maternagem é um fator de risco para violência, principalmente se a mãe for adolescente⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nestes casos, o profissional da área da saúde se depara com a chamada falha da adaptação materna⁽⁴⁾, evidenciada por comportamentos como não aceitação da criança e afastamento.

Neste estudo, a rejeição foi tema presente no depoimento de três mulheres, que se permitiram falar sobre o assunto, admitindo o que já é conhecido em literatura: o encontro do bebê idealizado com o bebê real é chocante e pode gerar afastamento⁽¹²⁻¹³⁾. A situação ainda desconhecida, a dúvida por não saber se o bebê irá sobreviver, gera um afastamento protetor para a psique materna diante da possibilidade de perda.

A instabilidade fisiológica do bebê cirúrgico é grande e a mãe compreende isso. Ao tentar se proteger da perda, pode se afastar e não querer se vincular à criança para não sofrer. O afastamento da condição traumática pode ser um mecanismo de proteção contra sofrimento. Nesse contexto, até mesmo o desejo pela morte do filho, para diminuir tanto sofrimento, pode aparecer.

Eu rejeitei. No meu pensamento, se eu me afastasse dele eu não ia sofrer. E eu sofria. (Atena, 20 anos)

E quando ela pegou a primeira infecção, que eu vi minha filha não abrindo o olho, não se mexendo, eu desejei que ela morresse logo. 'É melhor ela morrer mesmo, porque está sofrendo muito'. (Isis, 20 anos)

Eu rejeitei ele, porque ele ficou muito mal. Eu não vinha ver ele, eu chegava até na porta da Neocirúrgica a avó entrava pra ver ele, eu não entrava, eu não conversava mais com os médicos pra saber como é que ele estava. Minha mãe (dizia): 'filha, você precisa ver seu filho, ele precisa da tua presença'. Eu (respondia): 'mãe eu não consigo, mãe, eu não tenho forças pra ver ele na situação que ele está'; porque ele estava todo inchado! (Atena, 20 anos)

A gestação mostra-se como importante desencadeante de ansiedade, levando as mães a vivenciarem de forma especial este momento. Quando há quebra na idealização da maternidade e da criança que vai nascer, a mãe traz consigo sentimentos como medo, raiva, tristeza e perdas com implicações que vão além do próprio bem-estar físico⁽⁷⁾. A relação mãe-filho fica fragilizada neste momento tão delicado de ambas as vidas: de um lado, uma mulher-mãe que precisa de cuidados e amparo, em um momento tão especial e delicado de sua vida; de outro lado, um RN vulnerável, que precisa de cuidados intensivos, mas, também, da presença afetuosa de sua mãe ou de uma mãe substituta que possa lhe matinar e proporcionar um equilíbrio emocional futuro. Diante deste paradigma, encontra-se o profissional de saúde que deve ter a sensibilidade para avaliar a condição emocional da mulher que encontra seu filho, mas nem sempre o reconhece, podendo rejeitá-lo, conforme os depoimentos nos mostram. Diante destas situações, as mulheres devem ser acompanhadas por profissionais especializados a fim de aliviar seu sofrimento psíquico, para que ela possa tentar restabelecer sua relação afetiva com o bebê.

B. Vivência de uma maternagem 'diferente'

Nenhuma criança recém-nascida sobrevive sem cuidado materno⁽¹⁴⁾. No caso do RN cirúrgico, os cuidados maternos acabam sendo substituídos por cuidados intensivos no espaço da UTIN. Entretanto, não podemos nos deixar levar apenas pelo cuidado tecnológico, mas compreender que mesmo assim, a aproximação entre mãe e filho deve ser incentivada, pois no período neonatal, o apoio do ego materno, através da maternagem, facilita a organização do ego do bebê⁽²⁾.

Algumas mulheres, pela necessidade da intervenção cirúrgica e internação do bebê na UTIN, este estado fica latente ou é substituído por um estado que podemos chamar de preocupação cirúrgica primária. Este estado é similar ao estado de "preocupação médica primária"⁽¹⁵⁾, quando as mulheres se ocupam mais com as funções médicas do que com suas funções maternas. Ainda assim, esta atitude é um estado de preocupação com o bem-estar do bebê. Nele, a mãe vai se preocupar com a cirurgia, aprender os termos técnicos utilizados

pelas equipes de saúde, aprender o nome da patologia de seu filho, dos procedimentos cirúrgicos realizados e tratamentos.

Nesta fase inicial, o choque leva a mulher a um estado em que ainda não se sente confiante para desempenho dos cuidados maternos. Ao falar termos técnicos, específicos do jargão hospitalar, encontra possibilidades de entrar no espaço cirúrgico e tentar dialogar, ou ao menos compreender o que se passa com seu filho. A aproximação com a criança ocorre com o uso dos termos técnicos. Se em um primeiro momento, o filho que ainda não é, mas pode vir a ser reconhecido pela mãe, encontra-se "sob a tutela" das equipes de saúde, a forma que a mulher encontra de estreitar este laço é mergulhando no mundo hospitalar e nos termos biomédicos:

Eu fiz uma cirurgia ainda dentro do útero, com 4 meses de gravidez. Coloquei um 'shunt' porque a bexiga dele só enchia, não esvaziava porque o canal estava entupido[...]. Quando ele nasceu teve que fazer a 'ureterostomia bilateral', no caso, não é? (Eirene, 26 anos)

Aí o Dr. X me explica, o intestino dele criou uma bolsinha que estava acumulando leite daí surgiu o resíduo verde aí ele operou; aquilo ali ficou esticadinho [...] mas depois voltou de novo. (Lakshimi, 28 anos)

A preocupação com o sucesso da cirurgia e com o porvir do filho se torna mais importante do que a realização do *holding*, do *handling* e da apresentação do objeto. A visão de que o bebê cirúrgico inicialmente "não precisa de mãe" pode ser partilhada por profissionais de saúde que priorizam ações altamente técnicas em detrimento de uma assistência mais humanizada e participativa, com inserção dos pais no cuidados. Em contrapartida, a mãe é necessária como pessoa viva ao bebê e como aquela que apresenta o mundo ao seu filho⁽²⁾. A existência de um bebê prevê a ocorrência de uma relação. Apesar de muitos bebês nascem em condições que não podem ser chamadas de normais; eles estão prontos para encontrar suas mães imediatamente após o nascimento, devendo interagir desde então^(4,16).

Algumas mulheres parecem ter desenvolvido uma aptidão para os cuidados maternos ao longo de sua trajetória de vida, que conta com experiências de cuidados anteriores, da forma como foi matinar pela sua própria mãe e de observações cotidianas. Outras precisam de auxílio para descobrir em si mesmas potencialidades para que consigam despertar em si, a maternidade. Sendo assim, a enfermagem deve ser agente facilitador para o desempenho do papel materno, compreendendo a importância da figura materna para o RN e reconhecendo que ela é uma pessoa fundamental na vida do bebê. Para ajudar no processo de apego entre mãe e filho, é importante que os enfermeiros encorajem esta interação⁽¹⁷⁾.

Em algumas circunstâncias, após a correção cirúrgica, torna-se necessário que a própria mãe desempenhe cuidados técnicos para dar continuidade ao tratamento de seu filho no domicílio. A mulher, então, vive mais um choque, pois, além da apropriação de termos técnicos, ainda "profissionaliza" seu cuidado materno.

Aí depois começou a passar a vela [...] Porque a vela, aquele ferro, assim [...] Agora já entendi, eu mesma passo. Ele esta na 10, aí é até a 12 que tem que ficar. (Deméter, 30 anos, falando sobre o uso da vela de Hegar, para calibração anal).

A falha da adaptação materna provoca uma distorção nos processos de vida individual do bebê e isso pode perdurar o resto da vida⁽⁴⁾. Este estudo evidenciou que nem todas as mães apresentaram tais distorções. Algumas mulheres, apesar da cirurgia desenvolvem a “preocupação materna primária”, com expressões de carinho (como tocar e acalantar) e preocupação com o bem-estar bebê. O contato físico pode ser traduzido como uma expressão de amor reconhecida pelo bebê⁽⁴⁾. Claro que o toque, nem sempre precisa ser físico, mas pode ser adaptado com a fala, por exemplo, que possa provocar a sensação de “ambiente acolhedor” para o bebê, como faz Diké.

Meu pé tá inchado por quê? Eu ia pra lá duas horas da manhã e saía às 6, sentada na cadeira. Como mãe, me sentia insegura, devido ao horário da noite; não que ele fosse ficar sozinho, que ele nunca ficou. Tinha sempre 3, 4 assistentes por ali. Uma vez eu cheguei lá e ele tava chorando. Aí a menina falou: ‘Não, mãezinha, a gente ia te chamar; ele acordou há pouco. ‘Está. É mentira? É verdade? Não sei. Mas meu filho tava chorando e, a partir daquele dia eu falei: ‘ Não, eu tenho que ficar mais perto à noite aqui’. E meu pé tá inchado até hoje [...] Tem tanta criança ali precisando só de um carinho. Às vezes tem criança ali que falece. Deus que me perdoe! Não é porque o médico foi incompetente, ah, foi a enfermeira que não olhou, que não deu o medicamento- não é! É CARINHO. Parece que não que não, mas a criança sente carinho! É carinho de mãe [...] (Diké, 28 anos)

A fala de Cibele mostra a necessidade materna, de segurar fisicamente o bebê (realizar o *holding*). O excesso de fios, tubos, drenos, assusta a mulher, que precisa compreender, no seu tempo, uma diversidade de aparatos tecnológicos ao qual seu filho é submetido. O ambiente, os processos de trabalho e as tecnologias da UTIN podem modificar a realização do *holding* classicamente^(2,4). Mas esse *holding*, mesmo modificado, é presente e realizado com um olhar, um canto, uma palavra. A tecnologia da UTIN faz com que a mulher desenvolva novas estratégias e comportamentos maternos para realizar um modelo “diferente” da maternagem clássica, ou por assim dizer, uma maternagem adaptativa.

Assim, meu marido falou que era para pegar com cuidado, mas só que eu queria pegar, abraçar ele, beijar ele [...] Je não podia, porque ele tava com muito aparelho [chorando] me dava dó de chegar aqui e ele tava chorando, e eu sem poder pegar elef[...] Já eu não tinha coragem de pegar. Eu tinha medo de machucar ele [...] (Cibele, 16 anos)

Na fala de Cibele o medo em pegar o bebê, traduz-se em proteção por não querer machucar seu filho, sendo um

elemento da “preocupação materna primária”. Podemos dizer, assim, que o ato de maternagem está presente; o fato de não querer pegar o bebê, não pode ser encarado pelas equipes como um afastamento, mas sim, como um mecanismo de proteção.

A enfermagem deve, desta forma, apresentar um olhar atento e compreensivo aos comportamentos maternos diante do RN cirúrgico. Na sua grande maioria, a mulher se afasta de seu filho, não pelo fato de não ser uma “boa mãe”; mas porque está cheia de dúvidas, medos e extremamente assustada com tudo tão diferente que vivencia.

É necessário que as equipes mostrem-se prontas a ajudar a mulher no espaço da UTIN, onde parece ter um foco exclusivo para o bebê. Compreender essa mistura de sentimentos vivenciados pelas mulheres permite um espaço de trocas e uma aproximação progressiva junto ao seu filho. Nesta perspectiva, se a mulher for cuidada, indiretamente estaremos cuidando do bebê, já que, nesta etapa da vida, mãe e filho parecem ser um só.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O RN cirúrgico não é apenas uma anomalia corrigível ou um bebê submetido a uma incisão, drenos e múltiplos aparatos tecnológicos conferidos pela sua condição física; é um indivíduo que esperamos entregar a uma família e a uma sociedade. Desta forma, as equipes de saúde devem considerar que tipo de sentimento está sendo apresentado pela mãe e pela família, a fim de incentivar aproximação precoce entre mãe-filho desde a UTIN.

A maternagem na presença da cirurgia neonatal pode ser clássica com a presença da “preocupação materna primária”, ou diferente do modelo winnicottiano, com a vivência da “preocupação cirúrgica primária” ou de uma maternagem “diferente”, podendo ser chamada de adaptativa. A separação e o afastamento entre mãe e bebê pela necessidade de hospitalização do RN na UTIN pode colaborar com surgimento de sentimentos de rejeição ao filho.

Ao mostrar-se pronta ou não a maternar seu filho, a mulher nos apresenta sentimentos que podem ser traduzidos em necessidades de esclarecimento de dúvidas, frustrações e anseios. Devemos iniciar aproximações progressivas que vão facilitar o desenvolvimento da maternagem. A equipe de saúde deve compreender os mecanismos de criação de um vínculo saudável entre a mãe e seu filho, permitindo a maternagem dentro de unidades de assistência materno-infantis.

A compreensão de comportamentos diferenciados e a construção de modelos de apoio à mulher e à família são essenciais para o enfrentamento e a adaptação da mulher-mãe e da família na vivência da cirurgia neonatal.

A clientela neonatal que necessita de cirurgia para correção de malformações demanda cuidados tecnológicos específicos e cuidados para seu desenvolvimento emocional e cognitivo, enquanto sujeito, no futuro. Desta forma, a maternagem a estes bebês pode ser diferenciada, porém necessária, desempenhada pela mãe ou por outra pessoa que a substitua.

Consideramos importante a relação inicial da mãe com seu

filho neste primeiro encontro. A qualidade desta relação pode determinar a qualidade da personalidade futura de um indivíduo. Os efeitos deletérios na formação da personalidade da criança e as consequências sociais causadas pelo afastamento, tais como rejeição e maus-tratos podem ser minimizados desde então, quando apoiamos o desempenho de uma maternagem suficientemente boa.

Esta pesquisa demonstrou o recorte de uma determinada realidade que pode estar sendo vivenciada em muitas outras

unidades de saúde. Apresentou a realidade de mulheres que, com muita verdade, puderam dividir um pouco de suas vidas e sentimentos, através de uma escuta atenta, a fim de subsidiar dados para uma prática mais sensível. Sinalizamos a necessidade de realização de novas pesquisas sobre esta temática, a fim de aprofundar o conhecimento para a prestação de uma assistência de enfermagem baseada em evidências da prática clínica, no que tange à assistência ao RN cirúrgico e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves ARS. Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. *Rev Ciênc Educ* 2008;(5):59-68.
2. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
3. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. Winnicott DW. Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
5. Bowlby J. Apego. A natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
6. Lopes FN, Fialho FA, Dias IMAV, Almeida MB. A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. *HU Rev* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 18 mar 2013];37(1):39-46. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1341/523>.
7. Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psic Saúde Doenças* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 06 fev 2013]; 10(1):69-82. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-862009000100006&lng=pt.
8. Joseph RA, Mackley AB, Davis CG, Spear ML, Locke RG, Catlin A, et al. Ethical Issues in Newborn Care: Stress in Fathers of Surgical Neonatal Intensive Care Unit Babies. *Adv Neonatal Care* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 12 dez 2008];7(6):321-325. Disponível em: <http://www.advancesinneonatalcare.org/pt/re/anc/abstract.00149525-20071200000014.htm;jsessionid=Jd8GQCLKnFhdnZCL1fbYb3Q6jbnn8GCs9mp4LjyvX0fH7hPt v1Gw!1553038018!181195628!8091!-1>.
9. Bertaux D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. São Paulo: Paulus; 2010.
10. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. 3. ed. rev. e atual. Curitiba; 2008.
11. Bigras M, Paquette D. Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(5):167-74.
12. Badinter E. O conflito: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2011.
13. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm*. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 02 fev 2011];62(5):729-733. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500013&lng=en.
14. Miranda MA, Martins MS. Maternagem: quando o bebê pede colo [monografia na internet]. São Paulo: Ministério da Educação; 2007 [acesso em 7 nov 2008]. Disponível em: [http://www.usp.br/neinb/livros/vol\(2\).pdf](http://www.usp.br/neinb/livros/vol(2).pdf).
15. Morsch DS, Braga MCA. À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Rev Latino-Am Psicopatol Fundam* 2007;10(4):624-36.
16. Anauate C, Amiralian MLTM. A importância da intervenção precoce com pais de bebês que nascem com alguma deficiência. *Educ Rev* 2007;(30):197-210.
17. Frello AT, Carraro TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Enferm*. [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 07 fev 2013];65(3):514-521. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300018>.