

## RECÉM-NASCIDO DE RISCO NA PERCEPÇÃO DA MÃE ADOLESCENTE

### *A RISK NEWBORN IN THE ADOLESCENT MOTHER'S PERCEPTION*

### *RECIÉN NACIDO EN RIESGO: PERCEPCIÓN DE LA MADRE ADOLESCENTE*

Adriana Valongo Zani<sup>1</sup>, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino<sup>2</sup>, Élen Ferraz Teston<sup>3</sup>, Deise Serafim<sup>4</sup>, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato<sup>5</sup>, Sônia Silva Marcon<sup>6</sup>

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que objetivou compreender o significado do conceito recém-nascido de risco para mães adolescentes. Os dados foram coletados de maio de 2008 a novembro de 2009, por meio de entrevista semiestruturada, realizada no domicílio, junto a 77 mães adolescentes. Os resultados mostram que uma parcela considerável destas mães desconhecia o conceito e não considerava seu filho um “bebê de risco”. O conhecimento esteve relacionado a observações e vivências do cotidiano e muito pouco decorrentes de orientações provenientes de profissionais de saúde. As mães adolescentes que receberam este tipo de orientação revelaram dificuldade em compreender o conceito. A necessidade de essas mães receberem uma assistência diferenciada durante o pré-natal e puerpério deve ser considerada.

**Descritores:** Recém-nascido; Fatores de Risco; Gravidez na Adolescência.

This is a descriptive study with qualitative approach that aimed at understanding the meaning of the concept of risk newborn for adolescent mothers. Data were collected in the period of May 2008 to November 2009, through semi-structured interview, carried out, with 77 adolescent mothers at their own homes. The results show that a considerable number of these mothers ignore the concept and do not consider their infant a “risk baby”. Our research was mainly based on observations and experiences of daily life and very little of it was based on instructions from health professionals. Teenage mothers who received such guidance showed difficulty understanding the concept. The need for these mothers to receive a distinguished service during the prenatal and postpartum period should be considered.

**Descriptors:** Infant, Newborn, Risk Factors; Pregnancy in Adolescence.

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, que tuvo como objetivo comprender el significado del concepto recién nacido en riesgo para las madres adolescentes. Los datos fueron recogidos en el período de mayo de 2008 a noviembre de 2009, por medio de entrevista semiestruturada, realizada en el domicilio, junto a 78 madres adolescentes. Los resultados muestran que una parte considerable de estas madres desconocía el concepto y no consideraba su hijo un “bebé en riesgo”. El conocimiento que poseen, está relacionado a observaciones y experiencias de la vida diaria y muy poco decorrentes de orientaciones provenientes de profesionales de salud. Las madres adolescentes que recibieron este tipo de orientación revelaron dificultad para comprender el concepto. Se considera necesario que las madres adolescentes reciban una asistencia diferenciada en el período prenatal y puerpério.

**Descriptores:** Recién Nacido; Factores de Riesgo; Embarazo en Adolescencia.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá — UEM. Membro do NE-PAAF — Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família, Brasil. E-mail: avzani@uem.br.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente colaboradora do Departamento de Enfermagem da UEM. E-mail: Brasil. E-mail: fatimamerino@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica do 4º ano do Curso de Enfermagem da UEM. Bolsista de Iniciação Científica — CNPq/UEM. E-mail: Brasil. E-mail: elen-1208@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Acústica Ambiental (GEPAAM) UEM E-mail: Brasil. E-mail: dserafim@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. Brasil. E-mail: sichisato@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente da graduação e pós-graduação em Enfermagem na UEM. Coordenadora do Nepaaf. Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

Autor correspondente: Adriana Valongo Zani

Rua Belo Horizonte, 99 apto 701. CEP: 86020-060 — Londrina, PR, Brasil. E-mail: avzani@uem.br

## INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial<sup>(1)</sup>.

Ao se trabalhar com adolescentes é importante considerar, portanto, o que significa esta fase, época de crise, mudanças, readaptação ao novo corpo e de novas atitudes frente à vida. Se somarmos a isso o significado de uma gravidez, dos pontos de vista pessoal, social e familiar, compreenderemos como a gestação pode ser um evento difícil na vida da adolescente que, com certeza, precisa de ajuda para superar tais dificuldades<sup>(2)</sup>.

Nas últimas décadas, no Brasil, ocorreu uma queda acentuada da fecundidade em todas as regiões, passando de 6,2 filhos por mulher em 1950 para 2,3 em 2000<sup>(3)</sup>. No entanto, contrariando essa tendência de queda, a gravidez entre jovens de 15 a 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1991 e, embora esta ocorrência seja frequente em todos os níveis sociais, a situação é ainda mais grave entre as jovens mais pobres, que apresentam fecundidade dez vezes maior do que as de melhor nível socioeconômico<sup>(1)</sup>.

Vários estudos mostram que há riscos quando a gravidez ocorre na adolescência, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (RN). As mulheres adolescentes têm mais probabilidade de apresentar síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica, partos prematuros e problemas decorrentes de abortos provocados sem assistência adequada<sup>(4-5)</sup>. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior que entre as maiores de 20 anos, e entre as menores de 15, essa ocorrência é cinco vezes maior, sendo essa uma das principais causas de morte da faixa etária<sup>(6-7)</sup>.

Um fator importante relacionado a consequência da gravidez na adolescência se refere aos riscos para o RN, tais como: maior possibilidade de baixo peso ao nascer, risco aumentado de morrer por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida, atraso no desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e tóxico-dependência<sup>(8)</sup>.

Os primeiros anos de vida mostram-se de suma importância para o desenvolvimento da criança, considerando-se que o período de maior plasticidade neuronal ocorre nessa fase. Dessa forma, um cuidado especial é destinado aos bebês que têm chances de apresentar pro-

blemas nesse período em função de diversas intercorrências que são caracterizadas como fatores de risco. Tais fatores levam as crianças expostas a eles a apresentarem maior suscetibilidade a atrasos ou a distúrbios no seu desenvolvimento motor, mental, sensorial e emocional<sup>(9)</sup>.

Sendo assim, acredita-se que para amenizar tais situações, contribuir de modo efetivo para o cuidado e melhorar a interação familiar, faz-se necessário perceber como as mães adolescentes compreendem a relação de cuidados com os recém-nascidos de risco.

O presente estudo tem como objetivo compreender o significado do conceito de recém-nascido de risco para mães adolescentes.

## MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, visto que esta é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas<sup>(10)</sup>.

O estudo foi realizado com mães adolescentes residentes em Maringá — PR, cujos filhos nasceram no período de 1º de maio de 2008 a 31 de novembro de 2009 e que foram incluídas no Programa de Vigilância do Recém-nascido de risco do município.

O Programa de Vigilância do RN de risco encontra-se em atividade desde 2000 e de acordo com seu protocolo os bebês são incluídos no programa logo após o nascimento. Para isto, técnicos do setor de vigilância em saúde visitam os hospitais que possuem maternidade três vezes por semana, ocasião em que recolhem as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e identificam os bebês de risco<sup>(11)</sup>.

Os critérios de risco adotados no município são: idade gestacional menor do que 36 semanas, peso ao nascer inferior a 2500g, índice de Apgar no 5º minuto de vida inferior a 7, idade materna igual ou inferior a 17 anos, presença de malformação ou de alguns tipos de patologia materna, como eclâmpsia, diabetes e sífilis, entre outras e fatores de risco social, como moradia sem saneamento básico, em área de assentamentos, renda *per capita* familiar inferior a um salário mínimo e mães dependentes químicas<sup>(12)</sup>.

Quando identificado o nascimento de uma criança em condições de risco, ela é incluída no programa ainda

durante a internação hospitalar, sendo preenchida a ficha de inclusão no programa em duas vias: uma é arquivada mensalmente no Setor de Vigilância Epidemiológica do Município e a outra é encaminhada para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, conforme endereço da família, para que a mesma tenha seu crescimento e desenvolvimento acompanhados mensalmente por um período de 12 meses. Após este período, a ficha deve retornar ao Setor de Vigilância, com registro mensal em seu verso de peso, altura e intercorrências. Cabe ressaltar que a criança tem sua primeira consulta na Unidade Básica de Saúde agendada pela equipe de Vigilância Epidemiológica antes da alta hospitalar<sup>(11)</sup>.

Os informantes deste estudo foram 77 mães adolescentes participantes do projeto de pesquisa “Condições de vida e saúde de bebês de risco e suas mães em Maringá-PR ao longo do primeiro ano de vida”, cujos filhos tiveram seu crescimento e desenvolvimento acompanhado por um período de 12 meses, por meio de seis visitas domiciliares. Estas foram realizadas aos 15 dias e 45 dias e aos três, seis, nove e 12 meses de vida da criança.

Os dados foram coletados por meio de exame físico, observação sistematizada e entrevista semi-estruturada, ocasião em que foram coletados dados referentes à família, ao bebê e à mãe. Neste estudo consideraram-se apenas as respostas a duas perguntas realizadas na primeira e na sexta visita, ou seja, aos 15 dias de vida e aos 12 meses de idade: O que é bebê de risco para você? Você considera seu filho um bebê de risco? Por quê? A escolha da idade da criança para a realização destas perguntas ocorreu de forma a possibilitar a compreensão do conceito de bebê de risco para a mãe logo após o nascimento e se ocorreu ou não mudança neste conceito quando a criança estava por completar um ano de idade.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O instrumento de coleta continha espaço que previa o registro de observações durante as visitas.

Para análise dos dados, todo o material foi submetido a um processo de leituras exaustivas com grifos de expressões significativas e categorização inicial.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(13)</sup> e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 451/2008). Todas as mães adolescentes e seus

responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para garantir o anonimato, as adolescentes foram identificadas apenas pela palavra “mãe” seguida de um número que indica a ordem de inclusão no projeto de pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A idade das mães em estudo variou de 14 a 19 anos, sendo que a maior parte delas tinha 16 ou 17 anos. Das 77 mães do estudo, 52 foram incluídas no programa única e exclusivamente, por serem adolescentes. É interessante observar que os autores consideram que a adoção de uma definição de adolescência que leva em conta apenas o aspecto cronológico, ou seja, de 10 a 19 anos<sup>(13)</sup>, é muito reducionista quando o que está em discussão é a ocorrência de uma gravidez/maternidade nesta faixa etária. Isto porque a adolescência é uma época de inúmeras transformações e influenciada por fatores culturais, sociais e econômicos sendo, portanto, diferente considerarmos a ocorrência de uma gravidez em uma jovem de 13 anos ou em uma de 19 anos e, ainda, não levar em consideração o contexto social e cultural em que a mesma se encontra.

Em relação à situação marital 26 eram casadas, 25 tinham união consensual, 21 não tinha companheiro e cinco não fizeram referência a esta questão. Diversos estudos apresentam resultados semelhantes em relação à situação conjugal das mães adolescentes, demonstrando um alto índice de adolescentes solteiras, que não convivem com o pai da criança, e pelo fato de terem iniciado atividade sexual precocemente, possuem maiores chances de reincidirem em uma nova gravidez<sup>(2)</sup>.

Ao realizar leituras exaustivas das falas, emergiram seis categorias: desconhecimento da expressão bebê de risco; percepção da prematuridade e baixo peso como fator de risco; presença de alteração/ problema aparente; saúde do bebê relacionada à intercorrência na gestação; negação dos fatores de risco; insegurança para cuidar e meu filho não é mais de risco.

### Desconhecimento da expressão bebê de risco

Quando indagadas sobre o que entendiam por bebê de risco, percebeu-se que poucas sabiam o significado deste termo: *Não tenho idéia* (mãe 3); *Não sei, não tenho idéia, nem imagino* (mãe 10).

Cabe salientar que no caso das mães 3 e 10 os bebês só foram incluídos no programa de Vigilância do Recém-nascido de risco em função de a mãe ter idade inferior a 17 anos. Este fato pode justificar, pelo menos em parte, o desconhecimento destas mães sobre o conceito.

Quando demonstravam possuir algum conhecimento, é possível perceber que este estava mais relacionado a observações e/ou vivências cotidianas. Neste sentido, algumas mães fizeram referência à prematuridade: *Acho que quando nasce prematuro* (mãe 1); *Ah, bebê de risco é um bebê prematuro. É, com baixo peso* (mãe 6). *Ué, porque nasce muito magro* (mãe 76). *Ai, é que nasce antes do tempo, nasce antes do dia de nascer ou que passa da hora. Acho que é mais ou menos isso* (mãe 60).

Analisando os relatos das mães acima, elas trazem como conceito de bebê de risco, a força daquilo que estão experienciando. No caso da mãe 1, por exemplo o bebê nasceu com 35 semanas de gestação e no da mãe 60, o bebê nasceu com 34 semanas e com o peso inferior a 2500g.

Das mães em estudo, em três casos o bebê nasceu com menos de 2500g, em 10 eles nasceram prematuramente (idade gestacional inferior a 36 semanas), em cinco o baixo peso ao nascer esteve associado a prematuridade, em quatro os bebês apresentaram Apgar no 5 minuto menor que sete, em um caso o bebê nasceu com anomalia e em outros dois casos a mãe apresentava condição de risco, uma por ser HIV+ e a outra drogadita.

Bebê de risco é o conceito aplicado àquelas crianças que passaram por determinadas condições biológicas e/ou ambientais, com maior probabilidade de apresentar distúrbios ou atrasos em seu desenvolvimento em comparação aos bebês que não sofreram a influência das mesmas variáveis<sup>(14)</sup>.

### **Percepção da prematuridade e baixo peso como fator de risco**

A hipótese de que o conceito que as mães possuem de bebê de risco está atrelado a sua experiência é reforçada quando se observa que elas incorporam em seu conceito as dificuldades experienciadas em decorrência da prematuridade: *Um bebê pequeno, que não sabe mamar, que nasce com problema de saúde* (mãe 5); *Ah, bebê de risco é um bebê prematuro. É, com baixo peso. Isso, pra mim* (mãe 6); *Acho que é o bebê que nasce prematuro, fraquinho, magrinho, que não tem peso ideal* (mãe 21); *Considero porque ela nasceu sem peso e porque ela é muito pequenininha* (mãe 24).

Ao investigar as condições de nascimento constatou-se, por exemplo, que o filho da mãe 5 nasceu com baixo peso, necessitou de internação na UTIN e só conseguiu mamar quando recebeu alta desta unidade. No caso da mãe 68, seu filho nasceu com menos de 36 semanas, com peso inferior a 2500g e necessitou de internação hospitalar em unidade de cuidados intermediários.

Observam-se nos depoimentos acima que para muitas mães adolescentes, bebê de risco é aquele que nasceu prematuramente ou com baixo do peso, visto que culturalmente se espera que uma criança ao nascimento tenha peso adequado e que este parto ocorra no período estimado. De modo geral, as mães que referiram estes conceitos tiveram seus filhos incluídos no programa única e exclusivamente porque elas tinham idade igual ou inferior a 17 anos. O número de bebês que nasceram com menos de 36 semanas e com peso abaixo de 2500g foi relativamente pequeno, sendo cinco e quatro respectivamente.

Cientificamente, o peso ao nascer, obtido na primeira hora após o nascimento, reflete as condições nutricionais do recém-nascido e da gestante, sendo considerado indicador apropriado de saúde individual<sup>(15)</sup>. Esse indicador influencia o crescimento e o desenvolvimento da criança e, em longo prazo, repercute nas condições de saúde do adulto.

O baixo peso ao nascer é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo nascido vivo com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, e a prematuridade é classicamente definida como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana de gestação<sup>(6)</sup>. A prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores determinantes da mortalidade neonatal, de infecções, de maiores taxas de hospitalização, maior propensão ao retardo de crescimento, déficit neuropsicológico pós-natal e baixo desempenho escolar<sup>(2)</sup>.

### **Presença de alteração/problema aparente**

A presença de alguma alteração (problema físico) aparente é uma condição que consegue fazer as mães tomarem consciência da gravidade no estado de saúde da criança: *ela nasceu com gastroquise, ficou na UTI direto, 47 dias na UTI e dois na pediatria* (mãe 47). *Ah, quando esta com alguma doença grave, que não pega peso, que não consegue comer* (mãe 68).

A gastroquise, referida pela mãe 47, é uma patologia grave caracterizada por defeito de fechamento

da parede abdominal anterior fetal, peri-umbilical, com evisceração dos órgãos abdominais. Isto geralmente ocorre do lado direito, com herniação do intestino delgado, e ocasionalmente do estômago ou outros órgãos. Nestes casos, não há nenhuma membrana de revestimento protegendo o intestino herniado da exposição direta ao líquido amniótico<sup>(16)</sup>.

Em algumas situações elas se mostram enfáticas e relacionam o risco inclusive com a possibilidade de morte do bebê. *É um bebê que nasce com algum problema, com risco de morrer* (mãe 46); *Eu acho que é aqueles bebês que vão direto para a UTI, agora todo bebê é um pouco de risco, tudo pode acontecer* (mãe 19).

É interessante observar que, por vezes, a percepção da gravidade da situação decorrente das condições de nascimento de um bebê ocorre de modo mais sofrido e em momento em que o limiar entre a vida e a morte já estão na iminência de serem transpostos<sup>(17)</sup>.

Contudo, em estudos realizados em Goiânia e em Recife foi observado que os recém-nascidos com baixo peso ao nascer (menos que 2.500g) e prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas) apresentam risco de morte elevado quando comparados aos nascidos com peso igual ou superior a 2.500g e os nascidos de termo<sup>(18-19)</sup>.

### Saúde do bebê relacionada à intercorrência na gestação

Outras mães demonstraram maior ampliação do conceito quando conseguem relacionar a presença de intercorrências durante a gravidez com as condições de nascimento do bebê: *Ah bebê de risco é que durante a gravidez aparece algum problema que precisa de cuidado médico isso que é um bebê de risco* (mãe 9); *Um bebê que nasceu com cuidados especiais* (mãe 16).

As gestantes, quase que frequentemente, não se considerarem susceptíveis a complicações, que surgem de modo inesperado, em torno do sexto mês e desencadeiam o parto prematuro, surpreendendo o núcleo familiar. As gestantes adolescentes fazem parte deste grupo materno<sup>(19)</sup>.

O nascimento de um filho prematuro e de baixo peso além de inesperado não constitui um evento de fácil compreensão. Percebe-se que apesar dos pais muitas vezes terem sido informados pelos profissionais de saúde sobre a possibilidade da prematuridade e de possíveis seqüelas, os mesmo consideram o parto prematuro ines-

perado e o sonho do filho perfeito nascido em tempo normal e sem intercorrências desfeito<sup>(19)</sup>.

### Negação dos fatores de risco

Algumas mães adolescentes revelaram em seus depoimentos que não conseguiram compreender o significado plenamente: *Pra mim é bebê que nasce antes do tempo, abaixo do peso, como eles explicam no postinho, a mãe que tem menos idade, pra mim é isso* (mãe 15). *Não entendo muito disso, pra falar a verdade, nem sabia disso. Fiquei sabendo quando a mulher passou lá no meu quarto no hospital quando eu tava de alta e me explicou que bebê de risco é quando o bebê nasce muito pequeno ou a mãe é muito novinha ou a mãe tem mais de 40 anos... pra mim ela tinha nascido normal, não tinha nada disso. Depois é que fui perguntar para minha mãe e ela me falou, acho que nem ela sabia... mas pra mim tanto faz como tanto fez... eu não tava sabendo. É como ter um bebê normal* (mãe 25). *Eu não sabia mais me falaram que bebê prematuro é o filho de mãe menor de 18 anos acho que é isso* (mãe 29).

O discurso da mãe 25 deixa evidente que apesar das orientações recebidas dos profissionais de saúde, para ela as informações não possuem significado real, este fato pode ser justificado por três hipóteses.

A primeira, é a de que por estar passando por diversas transformações inerentes de sua fase de vida — a adolescência —, não possui maturidade psicológica para compreender tal evento.

A segunda, está relacionada a cultura imaginária do “filho perfeito”, ou seja, a mãe e a família esperam por um filho perfeito e preocupam-se com isso. Dessa forma, grande parte das mães, imediatamente após o parto, indagam à equipe de saúde se a criança chorou, se é perfeita, e o seu peso, entre outros questionamentos, com o intuito de assegurar-se de que seu filho nasceu sem complicações ou malformações. Entretanto, frente ao nascimento de um bebê prematuro, de baixo peso ou com qualquer outro tipo de problema que poderá levar ao desenvolvimento de complicações severas, todos os sonhos e desejos são desfeitos. Inicia-se assim uma nova etapa na vida destas famílias, com reações diversas como a negação do fato, que incorre muitas vezes em não aceitar ou não querer compreender as explicações fornecidas pelo profissional de saúde.

A terceira hipótese, é que muitas vezes o bebê da mãe adolescente é incluído no programa, única e exclusivamente, pelo fato da mãe possuir idade inferior a 17

anos. Neste caso, sendo seu bebê aparentemente saudável, ela não consegue perceber seu bebê como sendo de risco, acreditando que esta situação está distante de sua realidade.

No caso das mães 15 e 25, seus filhos foram incluídos no programa em decorrência do fator de risco "idade materna inferior a 17 anos, sendo que a primeira tinha 17 anos e a segunda 14 anos. No caso da mãe 29 foram dois os fatores de inclusão no programa: idade materna e idade gestacional menor que 36 semanas.

Mesmo diante do filho com alguma intercorrência, ainda assim as mães apresentam uma tendência em não considerá-lo de risco: *Não, eu acho que ele não é um bebê de risco, por enquanto ele tá bem, não tem nenhum problema, nasceu bem, só a respiraçãozinha dele que deu probleminha quando nasceu, mas depois disso já tá normal a respiração* (mãe 19). *Não considero o meu filho como bebê de risco porque ele é super saudável e ativo. Ele é uma criança tranquila* (mãe 3).

No caso específico da mãe 3, a criança foi incluída no programa por dois motivos, ela tinha 17 anos e era HIV+. Apesar da possibilidade atual de redução em até 68% da transmissão vertical do HIV-1, mediante a administração de drogas antiretrovirais (Zidovudina/AZT) durante a gestação e o parto, a transmissão vertical do HIV-1 ainda é responsável por cerca de 90% dos casos notificados da infecção entre crianças em países subdesenvolvidos, entre estes o Brasil. Basicamente, a infecção perinatal pode ocorrer de três formas: infecção transplacentária (30- 40%), contato das mucosas fetais com secreções ou sangue materno no momento do parto (50-70%) e através do leite materno (10-15%)(20).

### Insegurança para cuidar

Muitas mães adolescentes temem e se sentem inseguras para cuidar de seus filhos: *acho que a gente fica com medo de machucar um bebê de risco* (mãe 10). *Porque ele é muito pequenininho ainda. Às vezes eu não sei o que tem que fazer, o que precisa fazer. Ah, desde o dia que ele nasceu eu fiquei morrendo de medo, que eu faço pra dar banho, mas lá no hospital as mulheres já ensinam, só que a gente fica meio assim* (mãe 23).

O medo das mães 10 e 23 de machucar o bebê se explica pelo fato de as mesmas terem apenas 15 anos, estarem vivenciado uma primeira experiência como mãe e ainda não terem uma rede social que possa apoiá-las no exercício da maternagem.

É comum mães adolescentes procurarem superar seus medos e dificuldades para prestar o cuidado ao filho, buscando ajuda junto a familiares, especialmente sua própria mãe. Por exemplo, o banho no recém-nascido constitui um momento de grande insegurança para as adolescentes. Transferir este cuidado para outros membros da família, em geral a avó materna, traz para a mãe mais tranquilidade, além de lhe permitir um tempo para assimilar todas as peculiaridades que envolvem esse cuidado. O suporte familiar, portanto, traz maior segurança às mães adolescentes, tornando-as confiantes para assumir mais precocemente os cuidados de seu filho. Ele pode manifestar-se até pelo fato de estar por perto, pois a simples presença de algum familiar durante o cuidado já é capaz de transmitir tranquilidade, deixando a adolescente mais calma, segura e confiante durante a realização dos cuidados(21).

De modo geral, as mães que consideraram seus filhos de riscos tiveram partos prematuros e bebês com baixo peso. Se estes fatores, por si só, já são geradores de medos e angústia em mães adultas, com maior experiência de vida, eles podem ser intensificados na percepção das mães adolescentes. Assim, pode-se perceber que a falta de informação de como prestar cuidados assistenciais com segurança é uma das necessidades mais significativas para as famílias que encontram-se em fase de expansão e ainda enfrentam doenças.

No ciclo familiar não existe estágio algum que provoque mudança mais profunda, ou que tenha um desafio maior para as famílias, do que a chegada de uma criança. No caso do nascimento de um recém-nascido de risco, seja prematuro ou doente, a família se vê frente a uma experiência desgastante e desafiadora, o que ocasiona profundas alterações na dinâmica familiar, e se prolonga com a internação, muitas vezes também prolongada, do filho.

A condição de gerar um filho implica a necessidade de intensa reestruturação e reajustamento pessoal e social, acarretando a mudança de identidade e nova definição de papéis, articuladas com as modificações orgânicas e psíquicas(22).

Assim, há a necessidade de os profissionais de saúde fornecerem aos pais informações relativas ao desenvolvimento, promoção da saúde e tratamento de doenças e ainda instruí-los sobre as características fisiológicas, emocionais e cognitivas normais e alteradas para a idade, utilizando linguagem familiar e fortalecendo crenças familiares que não prejudiquem a saúde do bebê(23).

## Meu filho não é mais de risco....

Observou-se em alguns relatos que apesar das mães no início considerarem seus filhos bebê de risco, pelo fato de os mesmos apresentarem melhora em seu desenvolvimento, as mesmas não os consideram mais: *Hoje não mais, mas quando ele nasceu eu vi que ele precisava de cuidados. Hoje eu sinto que ele é uma criança normal. Feliz, por ele ter reagido tão bem do jeito que ele reagiu, e a doutora falou que ele reagiu muito bem então a gente fica feliz de saber que desde pequenininho ele já é forte* (mãe 16). *Ah, dá medo, quando eles falaram pra mim que era de risco. A gente fica pensando um monte de coisa nossa, Deus me livre. É de risco você já fica pensando* (mãe 55). *Não. Porque os problemas que ele teve quando nasceu foram todos resolvidos. Ele nasceu com um coágulo na cabeça e não tem mais, o pulmão dele está bom. Maravilhoso, ele é um amorzinho de pessoa, é quietinho, difícil ele chorar. Este problema no pulmão não deixava ele respirar sozinho. Depois descobriram que ele tinha um coágulo na cabeça. Ele ficou na UTI por 10 dias depois foi pra casa e não teve mais nada* (mãe 56). *Aí, eu acho que ela era. Porque ela passou da hora. Ah, a gente fica um pouco com medo, quando fala, mais... Mas eu vejo que não tem risco nenhum, então eu fico mais sossegada* (mãe 60). *Quando nasceu sim, não estava tudo formado meu organismo para ter uma criança. Pra mim está sendo normal. Me sinto a vontade* (mãe 66).

A mãe adolescente deixa evidente que a mesma percebe os fatores de riscos relacionados ao seu filho, apenas quando estão evidentes, como estar abaixo do peso, ou possuir dificuldade para respirar, porém a partir do momento que estes sintomas são resolvidos, é como se esquecessem o que ocorreu com seu filho e passam a considerá-lo um bebê sadio que nunca teve complicações.

Se por um lado esta situação é positiva, pois deste modo a adolescente consegue ter mais facilidade para cuidar do bebê, por outro lado, pode ocorrer, mesmo que não intencionalmente, um descaso relacionado com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destes bebês. Em estudo realizado no município de Maringá-PR, referente ao acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma das Unidades Básicas do município, observou-se que muitos dos bebês incluídos no Programa de vigilância do Recém-nascido de risco não compareceram à UBS para acompanhamento periódico<sup>(11)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que as adolescentes apresentam pouco conhecimento referente ao significado do conceito bebê de risco, e que de modo geral, apesar de terem seus filhos incluídos no Programa de Vigilância do Recém-nascido de Risco, não os consideram como de risco, e as que no início acreditavam que seu filho era de risco, devido ao bom crescimento e desenvolvimento, normalmente ao final do primeiro ano de vida, não mais acreditam neste fato.

Estes dados demonstram que logo após o nascimento do bebê considerado de risco, há necessidade de uma assistência frequente pelos profissionais de saúde, com o objetivo de orientar a mãe adolescente e, assim, favorecer sua compreensão do significado bebê de risco, e das implicações futuras que podem ocorrer se determinados cuidados não forem realizados.

O fato de muitos bebês serem incluídos no programa única e exclusivamente porque a mãe tem 17 anos ou menos anos, faz com que muitas adolescentes não percebam que seu filho é um bebê de risco, pois elas associam a criança saudável aquela que nasceu com peso e estatura adequados. Não conseguem relacionar a pouca idade materna com a possibilidade de imaturidade emocional e despreparo para o cuidado cotidiano do filho, situação agravada com a ausência de suporte familiar e condição socioeconômica precária.

Portanto, se faz necessário um acompanhamento periódico destes bebês e suas mães pelos profissionais de saúde integrantes da Estratégia Saúde da Família. O grande desafio é fazer com que a equipe de saúde estabeleça um vínculo com a mãe adolescente de tal forma a manter aberto um canal de confiança capaz de sanar dúvidas, apoiar e instrumentalizar a jovem mãe para o cuidado adequado de seu filho.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertinello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev Latino-am Enferm.* 2000; 8(2):25-32.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo demográfico 2000: nupcialidade e fecundi-

- dade: resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
4. Ministério da Saúde (BR). Saúde integral de adolescentes jovens. Orientações para organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
  5. Aquino EML, Heilborn ML, Knaut D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003; 9(Suppl 2):377-88.
  6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
  7. World Health Organization- Who. World health day safe motherhood, 2008 [Internet]. [citado 2010 jul 20]. Disponível em: [http://www.who.int/archives/whdays/en/pages2008/whd98\\_04.html](http://www.who.int/archives/whdays/en/pages2008/whd98_04.html).
  8. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):153-61.
  9. Martinez CMS, Joaquim RHVT, Oliveira EB, Santos IC. Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Rev Bras Fisioter*. 2007; 11(1):73-81.
  10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 2007.
  11. Lopes MCL, Santander CA, Marcon SS. Acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-PR. *Rev Rene*. 2010; 11(1):114-24.
  12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
  13. World Health Organization — WHO. Physical status: use and interpretation of anthropometry. Genova: WHO; 1995.
  14. Taques DCSR, Rodrigues OMPR. Avaliação do repertório comportamental de bebês nos quatro primeiros meses de vida: uma proposta de análise. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2006; 16(2):77-87
  15. Araujo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4):747-56.
  16. Segre MC. Perinatologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sarvier; 2002.
  17. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(1):120-8.
  18. Moraes Neto OL, Barros MBA. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. *Cad Saúde Pública*. 2010; 16(2):477-85.
  19. Sarinho SW, Djalma AMF, Silva GAP, Lima MC. Fatores de risco para óbitos neonatais no Recife: um estudo caso-controle. *J Pediatr (Rio J)*. 2001; 77(4):294-8.
  20. Castro TPT, Lorenzi DRS, Tonin C, Zapparoli M. HIV e gestação. *Rev Cient AMECS*. 2001; 10(1):39-46.
  21. Tomeleri KR, Marcon SS. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3):355-61.
  22. Bergamaschi SFF, Praça NS. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3):454-60.
  23. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.

Recebido: 26/08/2010

Aceito: 14/12/2010