TORNAR-SE MÃE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO MATERNA À LUZ DA TEORIA DE RAMONA MERCER

MAÍLA BEZERRA SOUZA; MARIA GABRIELLA DE MELO; WILLIANE VITÓRIA SANTOS DE LIMA; FÁTIMA MARIA DA SILVA ABRÃO; JHENYFF DE BARROS REMIGIO LIMEIRA.

RESUMO

Introdução: a morbimortalidade materna, neonatal e fetal é um importante indicador da saúde materno-infantil. Muitas gestantes brasileiras enfrentam complicações como hipertensão, infecções e hemorragias que exigem hospitalização, impactando seu bem-estar e demandando cuidado integral. A teoria "Tornar-se Mãe", de Ramona Mercer, entende esse processo como uma construção contínua da identidade materna, que é dividida em quatro fases e influenciada por fatores internos, externos e contextuais, conforme o modelo ecológico de Bronfenbrenner. Mercer destaca a bidirecionalidade das relações entre mãe, bebê, ambiente e rede de apoio. Partindo desses pressupostos, têm-se o seguinte questionamento: Como a hospitalização materna de longa permanência interfere no processo de tornar-se mãe? **Objetivo:** compreender a partir da experiência das gestantes como a hospitalização materna de longa permanência interfere no processo de tornar-se mãe à luz da Teoria de Ramona Mercer. **Método:** estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizada com sete gestantes de alto risco, de maio a agosto/2022, em um dos hospitais de referência à mulher e criança no semiárido do nordeste brasileiro. Informações coletadas mediante entrevistas, submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** determinou-se quatro eixos analíticos: a dualidade em conhecer o quadro clínico: segurança e angústia; sentimentos e situações provocadas pela internação; gestação imaginável e gestação real associadas numa relação de amor; recursos de enfrentamento perante a hospitalização. **Conclusão:** a inserção do hospital no cotidiano da mulher pode trazer fragilidades ao processo do tornar-se mãe pois ainda na fase inicial houve ressignificação de ambiente, sentimentos, anseios e rede de apoio, em prol da priorização do bem-estar fetal.

Palavras-chave: Gestação de alto risco; Hospitalização; Relacionamento materno-fetal.

1 INTRODUÇÃO

A morbimortalidade materna, neonatal e fetal é um importante indicador da saúde materno-infantil. No Brasil, observa-se alta incidência de complicações gestacionais, como doenças hipertensivas, infecções e hemorragias, que muitas vezes levam à internação hospitalar durante a gestação. Essa situação gera vulnerabilidade para a gestante e sua família, com impactos que ultrapassam o aspecto físico e afetam também o psicológico (Pedraza, Lins, 2021). Diante desse cenário, a assistência à gestante hospitalizada deve ir além dos recursos materiais e tecnológicos disponíveis nas instituições de saúde. É essencial um olhar humanizado e interdisciplinar, com foco no cuidado biopsicossocial, que considere as particularidades de cada mulher e promova uma abordagem integral durante sua permanência hospitalar (Brandão *et al*. 2019). Nesse contexto, destaca-se a Teoria de Ramona Mercer, que estudou o processo de transição da mulher para o papel materno, compreendido como uma construção contínua iniciada na gravidez e que se estende após o parto. A teoria "Tornar-se Mãe" descreve esse

DOI: 10.51161/iii-conasm/60084

processo em quatro fases: antecipatória, formal, informal e de identidade materna, que podem variar conforme a experiência individual de cada mulher (Mercer, 2004; Tomey, 2006; Siqueira, 2018).

A fase antecipatória tem início na gravidez, quando a mulher começa a vivenciar adaptações sociais e psicológicas, criando expectativas em relação ao papel materno e ao compromisso com uma gestação segura. Com o nascimento, inicia-se a fase formal, caracterizada pela recuperação física da mulher e pela tentativa de ajustar o novo papel às suas experiências e estilo de vida. A fase informal surge quando a mãe passa a aplicar seu próprio julgamento e desenvolver maneiras pessoais de cuidar do filho, até alcançar, por fim, a fase de identidade materna, momento em que ocorre a integração do novo papel à sua identidade, com sentimentos de competência, vínculo e satisfação (Mercer, 2004; Meighan, Mercer, 2004).

Essa teoria se fundamenta no modelo ecológico de Bronfenbrenner, o qual reconhece a influência bidirecional entre indivíduo e ambiente. Mercer adaptou esse modelo aos contextos que afetam a maternidade, dividindo-os em microssistema (relações próximas e familiares), mesossistema (instituições como escola e trabalho) e macrossistema (aspectos socioculturais e políticos), enfatizando que fatores externos impactam diretamente na adoção do papel materno (Martins, Szymanski, 2004).

Com base na Teoria de Ramona Mercer, compreende-se que fatores externos influenciam direta ou indiretamente o processo de tornar-se mãe, que não depende apenas da mulher, mas envolve uma relação bidirecional com o bebê e o contexto ao redor, incluindo ambiente, cuidados e assistência à saúde. A partir dessa perspectiva, surge o questionamento central desta pesquisa: como a hospitalização materna de longa permanência interfere no processo de tornar-se mãe? Assim, o objetivo do estudo foi compreender, a partir da experiência das gestantes, de que forma essa hospitalização impacta esse processo, à luz da Teoria de Mercer.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo, realizado nos meses de maio a agosto de 2022 em um dos hospitais de referência com o perfil de atendimento exclusivo à mulher e criança de Urgência e Emergência 24 horas nas áreas de Clínica Médica Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica, da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco - Bahia (Rede PEBA). A Rede PEBA foi pioneira na sua conformação de território interestadual como estratégia de efetivação da integralidade e da regionalização, formada por 53 municípios.

As participantes da pesquisa, selecionadas por conveniência, foram as gestantes em internação de longa permanência na clínica de alto risco obstétrico do hospital, maiores de 18 anos de idade e com estabilidade hemodinâmica materna ou fetal no momento da entrevista. Foi considerado o conceito de internações de longa permanência àquelas em que o paciente ocupa um leito hospitalar por um período igual ou superior a 30 dias (Brasil, 2002; Conceição *et al*. 2018). Excluiu-se as gestantes com déficit cognitivo, deambulação prejudicada, prescrição médica de repouso absoluto no leito ou que recebeu alta durante o período das entrevistas.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP/PE), sob o número CAAE 58311822.8.0000.5201, realizou-se visitas ao setor para identificar enfermarias e leitos das gestantes que poderiam ser incluídas na pesquisa. A partir daí foi possível conhecer as participantes do estudo.

À beira-leito e em momento oportuno sem prejudicar seus horários de medicação e exames, houve a explanação da pesquisa (objetivo, método, motivação) pela pesquisadora e o convite à participar. Após a abordagem inicial foram conduzidas pelas pesquisadoras de forma individual, para uma sala reservada no próprio setor de internação, onde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e tiraram as dúvidas existentes.

DOI: 10.51161/iii-conasm/60084

As informações foram colhidas pela pesquisadora principal, após treinamento sobre condução junto da equipe de pesquisa, por meio de entrevista mediante roteiro de perguntas elaboradas previamente, gravadas na íntegra através de aplicativo de gravação de áudio para celular mediante autorização expressa das participantes, com duração média de 20 minutos. Ressalta-se, que em nenhum momento houve recusa de participação pelas gestantes e a primeira entrevista foi um teste-piloto para dar seguimento a coleta, incluindo-a na pesquisa após análise sem necessidade de modificação no roteiro de perguntas.

O instrumento constituía-se de itens de caracterização das participantes e das seguintes sentenças disparadoras: a) Como foi descobrir a gestação? b) Como está sendo sua experiência de se ver grávida internada? c) Como você está recebendo apoio das pessoas fora do hospital durante o período de internação? Utilizou-se um diário de campo como ferramenta facilitadora no processo de interpretação dos dados pelo registro, durante e logo após as entrevistas, de aspectos informais dos sujeitos da pesquisa.

As falas foram transcritas em sua completude e utilizou-se a letra "G" (relativas à gestante) seguida por um número arábico de acordo com a ordem das transcrições, como forma de garantir o anonimato na apresentação dos relatos - não houve devolução da transcrição, repetição das entrevistas e coleta de dados de contato. Optou-se pela técnica de saturação das informações produzidas para subsidiar a interrupção do processamento de novas observações e o recrutamento de novos participantes (Falqueto, Hoffmann, Farias, 2018). A saturação ocorreu na sexta entrevista, foi realizada mais uma entrevista para complementaridade dos dados.

A análise das informações colhidas fundamentou-se na análise de conteúdo proposta por Bardin, que busca os "núcleos de sentidos" inseridos em uma comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Seguiu-se as três fases da análise de conteúdo: I) pré-análise; II) exploração do material; III) tratamento dos resultados (Badin, 2016). Utilizou-se a colorimetria como apoio organizacional e após a construção das categorias empíricas, deu-se a interpretação teórica do material.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização das entrevistadas percebeu-se uma média de idade de 31 anos, 43% (n=3) em união consensual, 86% (n=6) se autodeclararam parda, apenas uma gestante tem ensino superior e 57% (n=4) concluíram o 2º grau. Referente ao local de residência e duração da internação até a data da entrevista, 71% (n=5) residem em um município diferente do local de internação e as entrevistadas contabilizaram uma média de 39 dias de internamento. Nos dados obstétricos prevaleceram as multíparas de parto vaginal e a restrição de crescimento intrauterino (RCIU) como principal motivo da necessidade de internamento.

As características sociodemográficas e obstétricas das gestantes deste estudo são semelhantes ao perfil de gestantes de alto risco descrito em pesquisas realizadas em diferentes regiões do Brasil, cujos desfechos variam conforme o perfil do serviço de saúde (Moura *et al*. 2018; Fernandes, Campos, Francisco, 2019). A maioria das participantes residia em municípios distintos da instituição onde estavam internadas, o que já era esperado, pois o hospital estudado é referência materno-infantil na rede PEBA. Embora a literatura destaque as doenças hipertensivas como complicações mais frequentes na gestação de alto risco, este estudo observou outros desfechos, como a RCIU, conforme também identificado na pesquisa nacional "Nascer no Brasil" (Leal, 2020). A hospitalização, comum nesses casos devido ao risco elevado de complicações, tende a ser prolongada, podendo durar semanas ou meses (Rodrigues, 2020). Com a finalidade de ratificar a análise baseada nas relações discursivas identificadas, mediante os conteúdos verbalizados, foi possível determinar os eixos analíticos: "a dualidade em conhecer o quadro clínico: segurança e angústia", "sentimentos e situações provocadas pela internação" e "gestação imaginável e gestação real associadas numa relação de amor", "recursos de enfrentamento perante a hospitalização".

DOI: 10.51161/iii-conasm/60084

A dualidade em conhecer o quadro clínico: segurança e angústia

No setor de Alto Risco obstétrico todos os dias é passado a visita leito a leito para que possam ser discutidos os casos com a equipe multidisciplinar, assim como envolver a gestante no seu plano de cuidado. As gestantes demonstraram ter conhecimento sobre o quadro clínico e prognóstico materno-fetal, compreendendo o motivo da sua internação. Esse conhecimento traz consigo uma dualidade de sensações, de um lado tem-se a segurança em conhecer o quadro clínico materno-fetal, as possíveis complicações, as estratégias de enfrentamento na tentativa de amenizar riscos futuros para o binômio, e do outro lado tem-se a angústia antes de cada exame, cada visita leito a leito, o medo do quadro se agravar, das possíveis mudanças no plano de cuidado, da antecipação do parto.

> *[Maior preocupação] A ultrassom, porque fica sempre aquela coisa, e aí se alterar tem que fazer o cesáreo de imediato (choro) (G2).*

> *[...]depois que eu passei aqui pro alto risco foi que eu fui entender um pouco do que seria [...] e quando os médicos entravam e me explicavam cada vez mais eu ficava mais tranquila, porque eu cheguei aqui com bastante medo (G7).*

Nos relatos das gestantes é perceptível como os sentimentos dessas mulheres são ambivalentes e distintos, e permeiam entre a felicidade e o medo, a preocupação, a gratidão, a passividade e a insegurança, além da desordem no seio familiar estimulada pelas limitações impostas devido ao internamento. As gestantes se referem ao internamento como algo angustiante e solitário, que as retira do seu cotidiano, do conforto de casa e da convivência com familiares e amigos, mas também o reconhecem como um local de proteção, cuidados e suporte para manutenção da gravidez (Costa *et al*. 2019; Ferreira *et al.* 2019).

Sentimentos e situações provocadas pela internação

Evidenciou-se nas narrativas como principais consequências da longa permanência hospitalar a separação das famílias, a vivência de uma gestação mais solitária, as adaptações necessárias para a família conviver sem a presença da gestante em casa e o impacto psicológico proveniente do ambiente hospitalar.

> *[...]E é ruim também porque meu marido não acompanha a gestação, é uma gestação mais tipo só eu e ela (G2).*

> *[...]Pra mim no começo foi difícil né, eu fiquei muito triste porque eu nunca sai de perto da minha família, foi a primeira vez [...](G7).*

Apesar dos percalços vividos no internamento, a superação foi evidenciada nas falas das gestantes, sustentada pela priorização do bem estar fetal.

> *[...] é difícil mas a pessoa pensa pelo bem-estar né da criança, que é um momento que depende mais, tá mais dependente. Aí tem que ficar pelo bem-estar (G3).*

> *[...]É bem difícil, eu me emociono sabe (choro), é um sonho né e de repente se torna assustador. Mas estou aqui porque Deus me trouxe pra cá na hora certa, então eu posso te dizer que eu tô feliz porque tô lutando né, eu tô com ela e tô lutando e vou sair daqui com ela [...](G4).*

A priorização do bem-estar fetal leva ao reconhecimento da importância da hospitalização durante a gravidez como forma de monitoramento intensivo, especialmente em casos de alto risco. Segundo Mercer (2004), mulheres internadas por complicações obstétricas demonstraram maior empatia pelos bebês no início do pós-parto, sinalizando um compromisso

DOI: 10.51161/iii-conasm/60084

precoce com a maternidade, ainda que isso não signifique maior facilidade na adoção do papel materno. O internamento, apesar das incertezas que o cercam, favorece a antecipação de tarefas relacionadas à maternidade. Esse processo de tornar-se mãe é profundamente influenciado pelo contexto social em que a mulher está inserida, o que se reflete tanto no *self* individual quanto na sua expressão como papel social (*core self*). A consecução do papel materno, portanto, é resultado da interação entre a mulher e os sistemas ecológicos que a cercam: o microssistema (relações diretas e familiares), o mesossistema (interações entre diferentes ambientes, como hospital e casa) e o macrossistema (instituições e políticas de saúde). A hospitalização afeta diretamente esses sistemas, deslocando a mulher de um papel ativo no cotidiano para uma posição passiva, alterando sua vivência da gestação e influenciando, consequentemente, sua trajetória de constituição da identidade materna (Meighan, Mercer, 2004).

Gestação imaginável e gestação real associadas numa relação de amor

A gestação imaginável precisa ser deixada de lado para que a gestação real possa ser vivenciada da melhor maneira possível e apesar dos percalços oriundos da internação, as gestantes entrevistadas não anularam os sentimentos positivos sobre o gestar.

> *[...]porque você esperava fazer chá revelação, tirar foto, tudo isso e a gente não pode, tem que ficar aqui presa [...] Acho que por mais que a pessoa fique assim preocupada, mas é uma parte tão boa (G2).*

> *[...]Ah foi um susto, mas é a melhor coisa que tá acontecendo. Mesmo com as circunstâncias, mas é um misto de tantas coisas, são tantas coisas. Eu já amo já, mesmo sem conhecer (G3).*

Vale compreender ainda que a consecução do papel materno segue um processo de quatro fases interligadas entre si que só se finaliza com a redefinição do *self*, ao incorporar a maternidade e alcançar a harmonia interna quanto ao papel materno. As mulheres entrevistadas estavam na primeira fase, a antecipatória, é nela que ocorrem ajustamentos psicológicos e sociais em relação às expectativas, fantasias e aprendizagens acerca do papel de mãe, ela projeta o filho, o processo de gestar e parir e se organiza para as mudanças de estilo de vida (Mercer, 2004, 2006; Meighan, Mercer, 2004).

Recursos de enfrentamento perante a hospitalização

Dentre as estratégias de enfrentamento, o apoio interpessoal se caracterizou como o principal recurso de enfrentamento para adaptação ao novo. O apoio relatado pelas gestantes partiu do meio extra hospitalar mediante os familiares e amigos, assim como do meio intra-hospitalar pela equipe multidisciplinar e outras as gestantes.

> *[...] com tanto tempo aqui eu já me sinto em casa (risos), me dou bem com todo mundo, não tem nada pra reclamar, das meninas da cozinha, da nutrição até as colegas de quarto, nada a reclamar. Me sinto à vontade com todas (G1).*

> *[...]esse apoio me deixa mais forte pra continuar, são eles, minha família e amigos né [...] minha vida não parou nesse sentido, porque eu tenho uma família e tudo continuou. Então eu tenho sim um suporte que não me falha em nada, eu tô tranquila aqui dentro (G4).*

As relações interpessoais desempenham um papel fundamental no processo de tornar-se mãe. Embora a hospitalização afaste temporariamente a gestante de sua rede de apoio presencial, muitas mulheres relataram a ressignificação desses vínculos por meio do apoio recebido em diferentes formas – seja social, emocional, informativo, físico ou familiar – inclusive por meios virtuais. Esse suporte mostrou-se essencial para tornar a experiência da

hospitalização mais positiva e suportável, reforçando a importância das conexões afetivas nesse momento de transição (Mercer, 2004; Meighan & Mercer 2004).

4 CONCLUSÃO

A hospitalização durante a gestação impõe à mulher uma vivência distinta daquela idealizada no início da gravidez, marcada pela solidão, incertezas e distanciamento do ambiente familiar. Como a relação entre o contexto em que a mulher vive e o tornar-se mãe é direta, a inserção do hospital no cotidiano, uma vez que é um lugar novo, desconhecido que a distancia dos familiares e amigos, permeada por preocupações e adversidades, pode trazer fragilidades ao processo do tornar-se mãe, pois ainda na fase inicial foi perceptível a ressignificação de ambiente, sentimentos, anseios e rede de apoio, em prol da priorização do bem-estar fetal. Diante disso, cabe aos profissionais de saúde oferecer uma assistência humanizada e individualizada, promovendo experiências positivas mesmo no ambiente hospitalar. A inclusão de atividades simples, como arte gestacional, aromaterapia, musicoterapia e massagem, pode fortalecer o vínculo materno-fetal, aliviar tensões do internamento e contribuir para uma transição materna mais acolhedora e saudável. A Teoria de Mercer orienta e qualifica a assistência, ampliando a compreensão do processo de tornar-se mãe.

Pode-se entender, como limitações do estudo, o fato de as entrevistas serem com gestantes e que, conceitualmente, o alcance do papel materno é amplo e complexo, não alcançado no período gestacional, porém os resultados foram suficientes para avaliar o impacto da hospitalização até o momento.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. reimp. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
BRANDÃO, M. A. G.; BARROS, A. L. B. L.; PRIMO, C. C.; BISPO, G. S.; LOPES, R. O. P. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 2, p. 604-608, 2019.

BRASIL. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Dispõe sobre a padronização da nomenclatura do censo hospitalar. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 jun. 2002. Seção 1, p. 71.

CONCEIÇÃO, E. S. H.; PEDRO, D. R. C.; BIROLIM, M. M.; PISSINATI, P. S. C.; FERRARI, R. A. P.; HADDAD, M. C. F. L., et al. Fatores associados às internações de longa permanência em instituição hospitalar de alta complexidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 20, p. e55208, 2021.

COSTA, L. D.; HOESEL, T. C.; TEIXEIRA, G. T.; TREVISAN, M. G.; BACKES, M. T.; SANTOS, E. K. Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, p. e1199, 2019.

FALQUETO, J. M. Z.; HOFFMANN, V. E.; FARIAS, J. S. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência da aplicação em estudo na área de administração. *Revista de Ciências da Administração*, v. 20, n. 52, p. 40-53, 2018.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. S.; FRANCISCO, P. M. S. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 406-416, 2019.

DOI: 10.51161/iii-conasm/60084

FERREIRA, S. V.; SOARES, M. C.; CECAGNO, S.; ALVES, C. N.; SOARES, T. M.; BRAGA, L. R. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2019.

JANTSCH, P. F.; CARRENO, I.; POZZOBON, A.; ADAMI, F. S.; LEAL, C. S.; MATHIAS, T. C. S., et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. *Destaques Acadêmicos*, v. 9, n. 3, p. 272-282, 2017.

LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DA GAMA, S. G. N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n. 8, p. 1-12, 2020.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 4, n. 1, p. 63-77, 2004.

MEIGHAN, M. M.; MERCER, R. T. Consecução do papel maternal. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R., org. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5. ed. Loures: Lusociência, 2004. p. 521-541

MERCER, R. T. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 36, n. 3, p. 226-232, 2004.

MERCER, R. T.; WALKER, L. O. A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 35, n. 5, p. 568-582, 2006.

MOURA, B. L.; ALENCAR, G. P.; SILVA, Z. P.; ALMEIDA, M. F. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. e00188016, 2018.

PEDRAZA, D. F.; LINS, A. C. L. Complicações clínicas na gravidez: uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 3, p. 5329-5350, 2021.

RODRIGUES, A. R. M. Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 3, p. 1-7, 2020.

SIQUEIRA, C. S. S. A vivência das mães frente à alimentação dos seus filhos com gastrosquise à luz das consecuções do papel maternal de Mercer [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. *Nursing theorists and their work*. 6. ed. London: Mosby Elsevier, 2006.

DOI: 10.51161/iii-conasm/60084