

Percepções maternas sobre o cuidado com o recém-nascido prematuro

Maternal perceptions about the care of the premature newborn

DOI:10.34117/bjdv7n10-249

Recebimento dos originais: 07/09/2021

Aceitação para publicação: 19/10/2021

Danúzia da Silva Rocha

Enfermeira

Doutora em Saúde Pública

Professora Adjunta

Universidade Federal do Acre

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto- Brasil

Alameda das Araras, 365, Chácara Ipê, Rio Branco-Acre, Brasil. Cep:69917-542

E-mail: danuziarocha@Yahoo.com.br

Thainã Rodrigues Pismel (in memorian)

Enfermeira Obstétrica

Universidade Federal do Acre

Programa de Residência Obstétrica

E-mail: tpismel@gmail.com

Rozilaine Redi Lago

Enfermeira

Doutora em Saúde Pública

Professora Adjunta

Universidade Federal do Acre

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto- Brasil

E-mail: rozilaine@gmail.com

Andréa Ramos da Silva Bessa

Enfermeira

Doutora em Saúde Pública

Professora Adjunta

Universidade Federal do Acre

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto- Brasil

E-mail: andrearsbessa@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Buscou-se compreender as percepções maternas sobre os cuidados com o recém-nascido prematuro. Método: Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semi-estruturadas junto a nove mães de recém-nascidos prematuros assitidos em uma Maternidade pública de Rio Branco, Acre, Brasil, em 2017. As participantes apresentaram idades entre 18 a 49 anos completos e foram entrevistadas em ambiente hospitalar e doméstico, após a alta. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, seguindo-se às etapas de categorização, inferência, descrição e interpretação, segundo o referencial teórico de autonomia relacional. Resultados: Foram gerados cinco temas: “Percepções sobre o parto prematuro”; “Percepções sobre o

nascimento e internação”; “O bebê na cama de vidro”; “Dificuldades com o cuidado”; e “Chegando em casa: e agora?”. Conclusões e implicações para a prática: As participantes relataram medo e ansiedade relacionados à atenção em saúde recebida. Necessita-se maior acolhimento por parte dos provedores de cuidados às mães de recém-nascidos prematuros. A educação em saúde, abordando todos os aspectos da atenção, destacou-se como elemento essencial na promoção da autonomia da mãe nesse contexto.

Palavras-chave: Relações Mãe-Filho, Recém-nascido prematuro, Educação em Saúde, Pesquisa qualitativa, Autonomia relacional.

ABSTRACT

Objectives: We sought to understand maternal perceptions about care for premature newborns. **Method:** A qualitative research was carried out, using semi-structured interviews with nine mothers of premature newborns attended at a public maternity hospital in Rio Branco, Acre, Brazil, in 2017. Participants were 18 - 49 years old and were interviewed at the hospital and at home, after discharge. The interviews were submitted to content analysis, following the stages of categorization, inference, description and interpretation, according to the theoretical framework of relational autonomy. **Results:** Five themes were generated: “Perceptions about premature birth”; “Perceptions about birth and hospitalization”; “The baby in the glass bed”; “Difficulties with care”; and “Getting home: what now?”. **Conclusion and implications for the practice:** Participants reported fear and anxiety related to the health care received. Integral care for the mothers of premature newborns is needed from health care providers assisting them. Health education, addressing all aspects of care, stood out as an essential element in promoting the mother's autonomy in this context.

Keywords: Mother-Child Relations, Premature infant, Health education, Qualitative research, Relational autonomy.

1 INTRODUÇÃO

O parto prematuro, ou pré-termo, é definido como a ocorrência do nascimento antes da maturidade fetal. A característica mais utilizada para classificá-lo é de ordem cronológica: nascimento antes de 37 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual.¹ Os recém-nascidos prematuros são mais propensos a desenvolver enfermidades graves que podem levar a morte, e, sem um tratamento adequado, aqueles que sobrevivem correm um maior risco de sofrer com incapacidades crônicas e uma má qualidade de vida. As complicações oriundas da prematuridade se constituem a primeira causa de morte neonatal e a segunda causa de morte entre os menores de 5 anos.²

Ter um filho prematuro tem o potencial de produzir repercussões emocionais significativas para a mulher. As famílias e as mães, em particular, experimentam sentimentos ambivalentes em relação ao recém-nascido prematuro, devido às suas condições de vulnerabilidade biológica. Acrescenta-se que recém-nascidos prematuros

trazem consigo o emblema da fragilidade, da necessidade de cuidados especiais e de mecanismos de proteção diferenciados.³

Um dos primeiros desafios enfrentados pelas mães de prematuros é o de se adaptarem ao conflito entre a imagem idealizada e a imagem da criança real, o que não se dá sem sofrimento. As imagens entre a criança imaginada e a real são tão diferentes que, às vezes, na ocasião da primeira visita, o filho traz surpresas e emoções inesperadas. Os profissionais de saúde devem, neste momento inicial, ajudar a mãe a elaborar o luto pela perda da criança “normal” que esperavam, buscando fortalecer o vínculo com a criança prematura, no âmbito das relações mãe-filho.⁴

São naturais e desejáveis os questionamentos presentes na percepção materna sobre os cuidados com o filho prematuro, suas potencialidades e fraquezas. Outro aspecto desejável nesse momento é o estabelecimento de redes de apoio familiar e social, que são fundamentais para essas mães e famílias.³

Portanto, neste estudo buscou-se compreender a percepção das mães sobre os cuidados com os respectivos bebês prematuros, em função de elas serem protagonistas nesse processo. A abordagem dessas percepções e a adaptação das participantes no cuidado ao recém-nascido prematuro podem elucidar aspectos pouco compreendidos sobre essa temática e contribuir para a reflexão sobre o aprimoramento da atenção nesse campo.

2 MÉTODO

Nesta pesquisa, utilizou-se uma abordagem qualitativa, cujas técnicas empregadas permitiram a percepção dos participantes sobre as questões de pesquisa, além da análise de mensagens não verbais e o recebimento de informações não esperadas. Trabalhou-se mais com a observação de primeira mão, com relatos de pessoas entrevistadas, e não com números, tabelas e métodos estatísticos.⁵⁻⁸

A técnica de coleta de informações utilizada foi a entrevista semiestruturada, cuja principal vantagem é a sua possível adequação às características do entrevistado.⁹ A mesma foi gravada em áudio por meio de equipamento digital, com autorização das mães; foi seguido um roteiro semi-estruturado, para nortear o diálogo. A análise de informações foi realizada usando o método de análise de conteúdo, seguindo-se as etapas de análise dos resultados: categorização, inferência, descrição e interpretação.¹⁰ Usamos o

referencial teórico sobre autonomia relacional, extraído da ética feminista, para ns orientar na condução da pesquisa, bem como realizar a interpretação dos dados.¹¹⁻¹²

Este estudo foi realizado na Maternidade Bárbara Heliodora (MBH), situada no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre. O município possui uma população estimada em 383.443 habitantes.¹³ A referida maternidade e o Hospital da Criança (HC) constituem o Sistema de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança (SASMC). Trata-se de uma unidade de referência para gestantes de alto risco de todo o estado, tendo uma média de 540 partos/mês. A população de estudo foi composta por mães de bebês prematuros nascidos na MBH, no ano de 2017, com idades. O número de entre 18 a 49 anos participantes foi definido através de amostragem por saturação. Foram entrevistadas nove mães, destas, cinco foram entrevistadas em ambiente hospitalar e quatro foram entrevistas em ambiente doméstico, após a alta. Todas as participantes da pesquisa foram identificadas com nomes fictícios para preservar o anonimato.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Acre sob o nº CAAE 59026116.1.0000.5010. A pesquisa atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, dado que nesse período o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) trabalhava apenas com essa resolução. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, cumprindo todas as exigências éticas.

3 RESULTADOS

As participantes da pesquisa apresentaram idade entre 19 e 40 anos completos, nível fundamental de escolaridade, majoritariamente; em relação ao número de filhos, a maioria era múltipara, relatando paridade de um a seis filhos.

A análise do conteúdo permitiu a construção de cinco temas articulados em torno da percepção das participantes sobre a experiência da maternidade de um recém-nascido prematuro: “Percepções sobre o parto prematuro”; “Percepções sobre o nascimento e internação”; “O bebê na cama de vidro”; “Dificuldades com o cuidado”; e “Chegando em casa: e agora?”.

3.1 PERCEPÇÕES SOBRE O PARTO PREMATURO

Preocupações, angústias e ansiedade traduzem o universo psicológico das mães dos prematuros, no qual, podem também coexistir sentimentos de esperança e expectativas positivas quanto ao parto precipitado. Durante a entrevista, pôde-se perceber

que muitas dessas mães não souberam relatar os motivos que as levaram a evoluir para um parto prematuro.

[...] Começou com dores no pé da barriga e perdi líquido. Meu marido me trouxe para cá (maternidade). Cheguei aqui já estava com 7 cm (pausa) ... Não fiquei assustada (pensativa), meu outro filho também foi prematuro (pausa longa) Sabe... (pausa), ate hoje não sei porque... desse também não me disseram nada. [...] (Iris)

[...] Estava em casa, senti uma dor forte e fui no banheiro... tinha sangue na minha calcinha...(pausa). Fiquei assustada, minha mãe me trouxe pra cá (maternidade). Me examinaram, e disseram que ia para a sala de parto, que tava com 8 cm. Fiquei assustada...(pausa). As dores aumentaram, cheguei lá tinha muita gente no quarto...(voz baixa). Não me lembro se ele chorou... (pensativa), também não me disseram o motivo. [...] (Hortência).

[...] Não esperava... (pausa). Não tinha levado nada, nem roupa pra mim e nem para o bebê... (pensativa). Fiquei sozinha, minha irmã teve que ir buscar as coisas... (cabisbaixa). Fiquei com medo... (silêncio). [...] (Girassol).

[...] Fiquei muito triste... (pausa). Ainda não tinha comprado berço... Chorei bastante, achei que minha filha ia morrer... (pausa). Sabe, não tenho família, é só eu e meu esposo... (baixou o tom de voz, demonstrou tristeza). Foi tudo muito rápido, levaram ela, não pude ver. [...] (Rosa).

Na fala seguinte, nota-se o anseio pelo parto natural, a entrevistada demonstrou uma grande frustração, pois havia um planejamento desde o pré-natal:

[...] Tinha planejado normal... (cabisbaixa). Mas, logo disseram que seria cesárea, porque já tinha tido 2. Fiquei triste... (pausa), mas pensei no bebê (sorriso). [...] (Iris)

3.2 PERCEPÇÕES SOBRE O NASCIMENTO E INTERNAÇÃO

O momento entre o parto e a internação do bebê na UTI é, frequentemente, vivenciado com intensa angústia e sofrimento, acompanhado por dúvidas e medos que permeiam o imaginário da mãe.

[...] Fiquei emocionada quando a vi, foi rápido, mais fiquei feliz... (risos). Ela ficou 2 dias na UTI e 3 dias na UCI... (pensativa). Ia visitar ela todo dia... (alegre). Foi parto normal... (pausa), as pessoas me ajudaram muito na hora do parto. A doutora foi muito boa... (voz baixa). [...] (Gardênia).

[...]Me senti segura...ambiente tranquilo... (sorriso). Fui bem tratada, mas estava nervosa... (pausa), sabia que era cedo. Ele ficou 4 dias na UTI e 3 dias na UCI. Fui visitar sempre que podia. Foi normal, não queria... (pensativa). [...] (Margarida).

Os relatos expressam o quanto uma equipe acolhedora e humanizada contribui com a forma como a parturiente vivencia esse momento. A equipe deve considerar que a mãe está ansiosa, aflita e com medos, e, que, ajudá-la e orientá-la é crucial para uma boa assistência.

3.3 O BEBÊ NA CAMA DE VIDRO

Quase todos os pais recebem a notícia da necessidade de hospitalização do bebê de forma inesperada, produzindo tensão e sofrimento. De acordo com o relato das participantes, a visão do bebê conectado aos equipamentos de UTI gera angústia.

[...] Tive pouco contato... (cabeça baixa), acho que não queria ver ela naquele lugar cheio de aparelhos... quando decidi vê-la não quis pegar... (voz baixa).
[...] (Angélica)

[...] Não gostei do lugar..., quando entrei e vi aqueles aparelhos, pensei logo que minha filha estava muito mal... (silêncio), fiquei pensando como que ia cuidar, parecia muito frágil... (pausa), meu esposo que pegou nela primeiro.
[...] (Rosa).

3.4 DIFICULDADES COM O CUIDADO

A chegada de um bebê é sempre idealizada pelo nascimento tranquilo e pronto retorno da mãe ao domicílio, acompanhada por seu bebê. Entretanto, esta realidade nem sempre é possível no caso de um parto prematuro. Quando o recém-nascido exige cuidados especiais, este retorno ao domicílio pode levar meses para acontecer. Neste cenário, a instabilidade do estado de saúde do bebê pode ocasionar um intenso sofrimento para a família, principalmente para as mães.

[...] Não sabia como ia cuidar, não me sentia bem, tenho outros filhos também... (pausa longa), como ia fazer pra cuidar dele, minha irmã mora em outro bairro... (silêncio), agora tô tentando aprender a cuidar dele, é difícil, muito pequeno... (pausa), às vezes tenho medo de pegar... (fala nervosa), mas as pessoas daqui estão me ajudando... (sorriso), não quero pegar alta agora... (pausa), não sei como vou cuidar sozinha em casa. [...] (Girassol).

[...] Me falaram que ela só ia pegar alta quando ganhasse peso. Quando cheguei aqui (canguru), fui bem recebida... (sorriso). Durante alguns dias não conseguia dar banho, tinha medo de quebrar... (risos), não consegui trocar fralda, parecia que era minha primeira filha... (pausa), ficava insegura. As companheiras de quarto me deram muitas dicas, a equipe também me ajudou muito. Ainda não sei muita coisa, é tudo novo... (pensativa), mais já consigo dar banho e trocar a fralda sozinha. [...] (Rosa)

Observa-se, em algumas falas, a insegurança da mãe em ter que cuidar sozinha de um bebê com aspecto de saúde frágil. Isso fica evidenciado pela necessidade de supervisão da equipe de saúde, e a ambivalência da mãe entre o medo de perder essa “tutela” ao receber alta, percebendo o hospital como um ambiente seguro do cuidado técnico, em contrapartida com o cansaço e tensões relacionados à permanência nesse ambiente.

[...] Quando viemos pra cá (canguru), ela já estava durinha, me senti mais tranquila em cuidar... (risos), não tive dificuldades, ah...só em dar de mamar, ela ainda não mama bem. Mais já está bem espertinha... (olhando para o bebê), e logo vamos para casa. [...] (Angélica)

[...] Não tive medo... (sorriso), sonhei com esse momento, e tava preparada... (pausa longa). Mais quando peguei no colo, aí tive medo, medo de derrubar, muito molinha... (sorriso), mais logo aprendi, me ajudaram muito aqui (canguru). Quero ir logo pra casa, lá meu marido vai me ajudar também (ansiosa). [...] (Gardênia).

Nota-se que quando ocorre o diálogo e o estímulo por parte dos profissionais para que os pais participem dos cuidados prestados ao recém-nascido, as mães se sentem mais seguras e até mesmo empoderadas em assumir o cuidado e exercer seu papel idealizado de mãe.

3.5 CHEGANDO EM CASA, E AGORA?

Dentre as nove entrevistas realizadas, quatro ocorreram no domicílio, com a finalidade de presenciar o cotidiano da família. Durante as entrevistas, foi observado o ambiente familiar, estrutura domiciliar e rotinas de cuidados.

Conforme questionadas sobre os cuidados e dificuldades enfrentadas, as participantes da pesquisa relataram:

[...] Está tudo bem... olha ele... (sorriso). Não tive dificuldades em casa... (pausa). É difícil... (silêncio), mais vai dar certo (sorriso). [...] (Margarida).

[...] Me ensinaram muita coisa lá (maternidade)... Ainda tô aprendendo, minha mãe ajuda também, mais poucas vezes (silêncio). [...] (Jasmim).

[...] Ela chora muito... (pausa). Os outros não eram assim... (silêncio). Queria alguém para me ajudar...(pausa). Tenho outros filhos...(silêncio). Minha comadre às vezes, vem dar banho nela e arruma... (pausa longa). Sem ninguém para me ajudar é mais difícil (silêncio). [...] (Dália).

[...] Meu marido trabalha longe a semana inteira... (voz baixa). Só vê a gente nos finais de semana...” “Não tenho tempo para dar de mamar... (pausa). Também não tenho leite... (voz baixa). Ela ainda não comeu... Minha filha foi comprar o leite (sorriso). [...] (Dália).

Cuidar de um recém-nascido prematuro requer muita dedicação, paciência e disponibilidade. Apesar de as mães receberem ajuda e ensinamentos durante a internação, quando retornam às suas residências, reassumem outras funções sociais, tal como o papel de “dona de casa”, mães dos outros filhos (o caso da maioria das entrevistadas), esposas, trabalhadoras, dentre outros. Soma-se a esses papéis mais uma atribuição, os cuidados com um recém-nascido prematuro dependente, requerendo muito tempo de atenção exclusiva.

Vale ressaltar que, não foi observada a presença de nenhum pai no ambiente doméstico durante as entrevistas. Por outro lado, algumas das participantes relataram delegar o cuidado do recém-nascido prematuro a outras pessoas, como uma amiga, outro filho ou a avó materna.

4 DISCUSSÃO

Em relação às percepções sobre o parto prematuro, observou-se que as informações insuficientes ou não compatíveis com as reais necessidades de saúde de cada mulher podem gerar dúvidas sobre as causas impactando em sua autonomia nesse processo. Isso pode repercutir no negligenciamento do autocuidado, e algumas vezes, promovendo a hospitalização precoce. Além disso, a falta de esclarecimento sobre a condição clínica pode desencadear na mulher sentimento de responsabilidade pelo desenvolvimento da doença e culpa pela complicação gestacional.¹⁴

O nascimento de um filho, especialmente do primeiro, representa um marco na vida de todos os envolvidos. Particularmente para a mãe, a gestação e o nascimento do bebê repercutem profundamente nos planos físico, mental, emocional e social. Nenhum outro evento na vida de um ser humano é tão complexo quanto o parto, pois ele envolve dor, sentimentos, vulnerabilidades, possíveis danos físicos e até a morte. Além disso, ele representa uma mudança definitiva de papéis, incluindo a responsabilidade de cuidar e de promover o desenvolvimento de um recém-nascido prematuro.¹⁵

O nascimento prematuro pode trazer tristeza, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda, os quais podem favorecer a ocorrência de estresse e comprometer a afetividade. A falta de informação é um componente da atenção que pode agravar a ansiedade, insegurança, e preocupação com o estado de saúde do filho.¹⁶

Nesse cenário, a humanização do parto, além de desejável, é preconizada pelo Programa de Humanização do Parto (PHP), que defende estratégias e ações que viabilizem o máximo de conforto possível à gestante e parturiente, garantindo, assim, uma

parturição segura e com o menor desconforto possível para mãe e bebê. Dentre diversos benefícios, o parto humanizado também favorece o protagonismo da mulher neste processo, favorecendo sua autonomia nas demais etapas do desenvolvimento da função materna. As experiências da gravidez e do parto representam momentos únicos e singulares na vida de uma mulher, que serão carregados pelo resto de sua vida em sua memória. Como o parto é um ato cultural, para além do nível biológico, as escolhas das mulheres por um determinado método de parto também parecem estar ligadas a um discurso construído socialmente sobre o corpo da mulher.¹⁷

No tocante às percepções sobre o nascimento e internação, ressalta-se que, nesse contexto, a parturiente deve ser, prioritariamente, assistida, portanto, questões burocráticas e rotinas deverão ser flexíveis.¹⁸ O distanciamento de seu domicílio e a inserção no ambiente hospitalar podem implicar em uma perda de autonomia para a mulher, portanto, esta deve permanecer internada somente o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde. Portanto, a presença, diálogo e apoio dos profissionais de saúde ajudarão a mulher a progredir em seu desenvolvimento nessa nova etapa da vida.¹⁹

Em relação às percepções sobre a internação do recém-nascido prematuro, em geral, a notícia da necessidade de internação com cuidados intensivos é dada pela equipe, na hora do parto. Para os pais que já haviam sido orientados com antecedência sobre a necessidade e função dessa internação, a notícia teve menor impacto e foi acolhida de forma menos traumática.²⁰

A angústica relacionada com a desinformação dos pais sobre a finalidade da utilização dos equipamentos pode aumentar a percepção sobre a gravidade do estado de saúde do recém-nascido, bem como o medo da morte iminente. Assim, é necessário que a equipe de saúde assuma uma postura honesta e acessível ao lidar com os pais, prestando todos os esclarecimentos necessários sobre a assistência prestada.²¹ Esse trabalho educativo desenvolvido pela equipe pode amenizar o estresse e a ansiedade vivenciados pelos pais, contribuindo para a produção de segurança, tranquilidade e gestão autônoma do cuidado do recém-nascido por parte de seus cuidadores. Portanto, o diálogo entre os profissionais de saúde e os pais é fundamental na garantia da integralidade da atenção ao recém-nascido prematuro e sua família.²²

Nesse ínterim, observa-se uma ambivalência da família sobre a necessidade de internação e alta hospitalar do recém-nascido, a qual deve ser reconhecida pela equipe de saúde. Dessa forma, a equipe poderá, então, estimular e orientar o progressivo

desenvolvimento da relação mãe-filho no cuidado, bem como de outros agentes implicados neste cuidado. Dispositivos terapêuticos, como o método canguru, são importantes promotores de qualidade na atenção neste contexto.²³ O processo de alta deve ser cuidadosamente planejado para que a mãe, bem como os demais responsáveis pelo cuidado, possam desenvolver autonomia em relação aos cuidados do bebê. Percebe-se que o acolhimento, a interação e a comunicação da equipe com os pais amenizam os impactos negativos de experiências traumáticas como a internação do recém-nascido em UTI ou mesmo o parto precoce.

No tocante às percepções maternas sobre a extensão do cuidado ao recém-nascido por ocasião ao retorno ao domicílio, observou-se que elementos como: afazeres domésticos e cuidados com os outros filhos, acabam por sobrecarregá-las, podendo gerar uma auto-percepção de insuficiência, prejudicando sua autonomia. A ausência dos pais do bebês nos domicílios durante as entrevistas, pode simbolizar a ausência no cuidado e indicar a sobrecarga vivenciada pela mãe neste processo. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de se abordar cuidadosamente questões de gênero ao estruturar políticas públicas nessa área, tais como: ampliação da licença paternidade e inclusão do pai nos cuidados com o bebê, em todos os momentos da atenção (desde o planejamento familiar, pre-natal, parto, internação em cuidados intensivos, etc.). A superação de estruturas socioculturais dominantes que superresponsabilizam a mãe no cuidado com recém-nascidos prematuros, pode oportunizar aos genitores e outros membros da família uma participação mais efetiva no processo, ampliando os laços afetivos através do cuidado, bem como garantindo maior suporte emocional às mães, fundamental nesse momento de adaptação e fragilidade.²⁴

Como observado, algumas dessas mães não conseguem prestar os cuidados devidos adequadamente, quando possível, delegam os mesmos a um parente que tenha disponibilidade em ajudar, na maioria dos casos a avó materna. Nessa situação, o apoio das equipes de saúde, durante as visitas domiciliares é fundamental para a manutenção da saúde do recém-nascido prematuro e sua família, inclusive no arranjo alternativo da promoção do aleitamento materno neste contexto.^{25, 26}

5 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Essa pesquisa teve como finalidade compreender as percepções das mães sobre os cuidados junto aos recém-nascidos prematuros, não só durante a internação, mas também após a alta. Conforme os resultados, observou-se que a educação em saúde e a autonomia

das mães dos recém-nascidos prematuros constituíram questões-chave no cuidado destes. As mães apresentaram um conhecimento insuficiente sobre o motivo da prematuridade, e, embora fossem orientadas, demonstraram dificuldades na prestação dos cuidados básicos junto aos bebês. Sentimentos de medo, angústia e ansiedade foram manifestados em todas as entrevistas, a exemplo dos relatos das participantes sobre os medos do bebê não sobreviver, bem como não saber lidar com os cuidados com recém-nascidos após a alta.

Foram observadas algumas limitações no desenvolvimento deste estudo, relacionadas à seleção de participantes, em função da inclusão de um grupo pequeno de mães, vinculadas a um serviço de saúde específico; ou à delimitação da discussão dos resultados do estudo, os quais enfocaram mais na percepção materna, em detrimento de outros agentes envolvidos no cuidado com o recém nascido prematuro. Entretanto, essas limitações foram compreendidas como características de estudos dessa natureza, bem como relacionadas aos objetivos estabelecidos no estudo.

A atuação das redes institucionais e sociais de apoio, representadas pelos profissionais que prestam a assistência às mães dos recém-nascidos prematuros, bem como os demais familiares das mesmas são fundamentais nesse processo. Além disso, essas redes devem atuar de forma a integrar o genitor do bebê, bem como outras pessoas responsáveis pelo cuidado com o bebê (dependendo da configuração familiar) em todo o processo do parto, internação e planejamento de alta, a fim de colaborar com a superação de questões de gênero que sobrecarreguem a mãe do recém-nascido nesse processo.

As mães manifestaram sentimentos variados relacionados aos momentos de parto e internação, os quais são acompanhados por uma carga emocional intensa. Apesar de as mães relatarem apreensão, elas também expressaram alívio e alegria pelo desfecho favorável, relacionado à recuperação do bebê. As experiências traumáticas da mãe podem ser intensificadas ou suavizadas conforme a qualidade da assistência prestada. Portanto, quando a mãe recebe uma atenção integral, que contemple informações, por exemplo, sobre a descrição das características relacionadas à prematuridade, parto, condições e necessidades do bebê, tende-se a atenuar as angústias e ansiedades da mesma nesse contexto, potencializando-se o protagonismo dela na relação mãe-filho. Dessa forma, reforça-se a necessidade de se abordar as ações de educação popular em saúde e humanização em situação de parto prematuro, bem como estimular a formação de uma respectiva rede de apoio.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AC, Jesus ANP, Lima PFT, Márcio FMA, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev. Gaúcha Enferm.* [periódico na internet]. 2012 June [acesso 2020 Abril 02] ; 33(2). <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200013>
2. World Health Organization (WHO). *Interventions to Improve the Outcomes of Preterm Delivery.* Department of Reproductive Health and Research. Geneva, Switzerland, 2015.
3. Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira, AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev. bras. enferm.* [periódico na internet]. 2012 Aug [acesso 2020 Abril 02] ; 65(4): 571-577. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400004>
4. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev. Nutr.* [periódico na internet]. 2008 June [acesso 2020 Abril 02] ; 21(3): 293-302. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000300004>.
5. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage handbook of qualitative research.* 5 ed. Los Angeles: Sage, 2018.
6. Flick U. *Métodos de pesquisa: introdução à pesquisa qualitativa.* 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
7. Cuenca AMB, Andrade MTD, Noronha DP, Ferraz MLE, De F. *Guia de Apresentação de Teses – 2.ed.* São Paulo : A Biblioteca, 2006.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 6, [periódico na internet] December 2007, [acesso 2020 Maio 02], Pages 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
9. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 7ªed. São Paulo: Atlas, 2019.
10. Minayo MCS, Deslandes SF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 25ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
11. McLeod C, Sherwin S. Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self* (pp. 259–269). New York: Oxford University Press, 2000.
12. Sherwin S. A relational approach to autonomy in health care. In S. Sherwin (Ed.), *The politics of women’s health: Exploring agency and autonomy* (pp. 19–46). Philadelphia: Temple University Press, 1998.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico. Características gerais da população: resultados da amostra.* Rio de Janeiro; 2017,

[internet] [acesso 2020 Maio 02]. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/riobranco/panorama>.

14. Silva EF, Cordova FP, Chachamovich JLR, Záchia SA. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. *Rev. Gaúcha Enferm.* [periódico na internet]. 2011 Jun [acesso 2020 Abril 02]; 32(2): 316-322. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200015>

15. Martin AH, Donelli TMS, Lopes RCS, Piccinini CA. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia* [periódico na internet]. 2009 Jun [acesso 2020 Maio 02] ; (29): 57-72. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100006&lng=pt.

16. Gray PH, Edwards DM, Gibbons K. Parenting stress trajectories in mothers of very preterm infants to 2 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* [Internet]. Ed. 2018; 103(1):F43–F48. <https://doi:10.1136/archdischild-2016-312141>

17. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal, Rev. Psicol.* [periódico na internet]. 2013, vol.25, n.3 [acesso 2020 Maio 02], pp.585-602. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011>

18. Brüggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, Gayeski ME. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto contexto - enferm.* [periódico na internet]. 2011 Dec [acesso 2020 Maio 02]; 20(4): 658-668. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400003>

19. Pergher DNQ, Cardoso CL, Jacob AV. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. *Estilos clín.* [periódico na internet]. 2014, vol.19, n.1 [acesso 2020 Maio 02], pp.40-56. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000100003&lng=pt&nrm=iso.

20. Rocha L, Monticelli M, Martins A, Scheidt D, Costa R, Borck M, Burigo RA. Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. enferm. UFSM.* [periódico na internet]. 2012; [acesso 2020 Maio 02] 2(2):264-74. <https://doi.org/10.5902/217976925382>

21. Amorim M, Alves E, Kelly-Irving M, Silva S. Needs of parents of very preterm infants in Neonatal Intensive Care Units: A mixed methods study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;54:88–95. <https://doi:10.1016/j.iccn.2019.05.003>

22. Klossowski DG, Godoi VC, Xavier CR, Fujinaga CI. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev. CEFAC, São Paulo* [periódico na internet], v. 18, n. 1, p. 137-150, Feb. 2016 [acesso 2020 Maio 02]. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814515>

23. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Mãe Canguru): percepções de puérperas. *Rev. Gaúcha Enferm.*

[periódico na internet]. 2010, vol.31, n.1 [acesso 2020 Março 17], pp.48-54.
<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100007>

24. Soares RLSF, Christoffel MM, Rodrigues EC, Machado MED, Cunha AL. The meanings of caring for pre-term children in the vision of male parents. *Texto contexto - enferm.* [periódico na internet]. 2016 [acesso 2020 Maio 02] ; 25(4): e1680015.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072016001680015>

25. Fabiane FC, Neide de SP. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.*, [periódico na internet]. 2009 vol. 13, núm. 4, [acesso 2020 Março 05] pp. 886-891.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000400027>

26. Berres R, Baggio MA. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. *Rev Bras Enferm.* [periódico na internet]. 2020 [acesso 2020 Agosto 05] ;73(3):e20180827. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>