

Sentimentos e Percepções Maternas sobre a Internação de Bebês Pré-Termo e a Termo: estudo comparativo

Maternal Feelings and Perceptions Regarding the Hospitalization of Preterm and Full-Term Babies:
a comparative study

Raissa Taiane Alencar Gomes / Veronica Aparecida Pereira*
Universidade Federal da Grande Dourados

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Campus de Bauru

Resumo: Mães que vivenciam a internação de seus filhos após o parto relatam sentimentos negativos e necessitam de práticas de acolhimento que favoreçam a vinculação diádica e a recuperação da saúde materno-infantil. Nesse estudo, buscou-se descrever e comparar a percepção de mães de bebês pré-termo e a termo quanto aos sentimentos vivenciados durante a internação do bebê e diante da expectativa de sua alta. Participaram do estudo 60 mães, 30 de bebês nascidos pré-termo (G1) e 30 de bebês a termo (G2), ambos internados após o parto. As mães responderam a uma entrevista semiestruturada, com dados sociodemográficos e antecedentes gestacionais, e o Protocolo de Avaliação de Sentimentos e Percepções Maternas. As mães de G1 relataram expectativa de mais tempo de internação ($p=0,02$), maior confiança na equipe hospitalar ($p=0,05$) e menor necessidade de serviço especializado após a alta ($p=0,04$). Para G2, observou-se maior frequência de sentimentos negativos diante da notícia da internação e positivos diante da expectativa de alta; maior gravidade quanto ao estado de saúde de seus filhos ($p=0,03$) e reações paternas mais negativas frente à notícia da internação ($p=0,00$). Os dados indicaram que as mães de ambos os grupos precisam de cuidados profissionais e de uma rede de apoio.

Palavras-chave: puérperas; internação neonatal; sentimentos maternos.

Abstract: Mothers who experience their children's hospitalization after delivery report negative feelings and need care practices that promote dyadic attachment and recovery of maternal and child health. This study aimed to describe and compare the perception of mothers of preterm and full-term babies regarding the feelings experienced during the baby's hospitalization and in view of the expectation of their discharge. Sixty mothers participated in the study, 30 of babies born preterm (G1) and 30 of full-term babies (G2), both hospitalized after delivery. The mothers answered a semi-structured interview, with sociodemographic data and gestational history, and the Protocol for the Assessment of Feelings and Maternal Perceptions. G1 mothers reported expectation of longer hospital stay ($p = 0.02$), greater confidence in the hospital team ($p = 0.05$) and less need for specialized service after discharge ($p = 0.04$). For G2, there was a higher frequency of negative feelings in the face of the news of the hospitalization and positive feelings regarding the expectation of discharge; greater severity regarding their children's health status ($p = 0.03$) and more negative paternal

* Correspondência para: R. João Rosa Góes, 1761 - Vila Progresso, Dourados - MS, CEP: 79825-070. E-mail: veronica.ufgd.tci@gmail.com

reactions to the news of the hospitalization ($p = 0.00$). Data indicated that mothers from both groups need professional care and a support network.

Keywords: postpartum mothers; neonatal hospitalization; feelings mothers support.

Introdução

A internação de um bebê em unidades neonatais pode ocorrer em decorrência de diversos fatores de risco. É considerado período de risco neonatal desde o momento de viabilidade de sobrevivência (idade gestacional em média a partir de 23 semanas) até 28 dias de vida do bebê, englobando diversas causas que ameaçam à vida e à saúde dos bebês durante os períodos pré, peri e pós-natal (Hackenberry & Wilson, 2014). A prematuridade é uma das causas mais frequentes de internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Paula et al., 2017), seguida de outras intercorrências observadas durante o parto, doença grave, deficiência, infecção neonatal, distúrbios respiratórios, anoxia perinatal ou malformações congênitas (Freitas et al., 2018). Alguns desses fatores também podem estar associados à prematuridade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) define a prematuridade ou nascimento pré-termo como todo recém-nascido vivo com menos de 37 semanas completas de gestação. De acordo com a idade gestacional, há subcategorias estabelecidas, sendo considerada prematuridade extrema o nascimento de bebês com menos de 28 semanas de gestação, muito prematuros os nascimentos entre 28 e 32 semanas e prematuridade moderada a tardia os nascimentos entre 32 e 36 semanas gestacionais. Acima de 37 semanas os bebês são considerados a termo. Além da idade gestacional, o baixo peso também é considerado fator de risco, estando muitas vezes associado a prematuridade (OMS, 2019).

Em estudo realizado com 158 bebês pré-termo de extremo baixo peso (500 a 996g) internados em uma Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Sousa et al. (2017) indicaram a prevalência de morbidades mais comuns na prematuridade e suas

influências no tempo de hospitalização. Foram apontadas a presença de morbidades do sistema respiratório (membrana hialina), cardíacas, do sistema circulatório (Persistência do canal arterial), neurológicas (hemorragia intracraniana), infecciosa (seps), metabólicas (hipoglicemia, hipotermia e icterícia), sífilis congênita e retinopatia da prematuridade (ROP). Os autores indicaram que morbidade do aparelho respiratório, cardíacas e infecciosas foram as mais prevalentes para prematuridade, enquanto do sistema circulatório, neurológicas e infecciosas foram as que influenciaram no tempo de internação.

Correa (2019), ao estudar o perfil epidemiológico de bebês internados em UTIN na Baixada Fluminense, encontrou que 31,5% deles eram nascidos a termo com problemas diversos como insuficiência respiratória (12,7%), sofrimento fetal (6,2%), seps (5%), hipoglicemia 1,5%) e icterícia (1,5%). Costa et al. (2017), analisando a prevalência de motivos para a internação depois da prematuridade, encontraram que a causa mais comum foram as malformações (19,3%).

O estudo realizado por Zago, Pinto, Leite, Santos e Morais (2017) com crianças prematuras e de baixo peso, com idade de zero a 30 meses, apontou a propensão dessas crianças a apresentar atrasos de desenvolvimento. Nesse estudo, foi avaliado o desenvolvimento infantil em quatro áreas: pessoal social, que envolve aspectos de socialização interno e externo ao âmbito familiar; motor fino que está relacionada a coordenação olho-mão e manipulação de objetos; linguagem, envolvendo produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar linguagens e, motor grosso que está relacionado ao controle corporal dos grandes membros, relacionados a comportamentos como sentar e andar. Das crianças avaliadas, apresentaram atrasos em relação ao esperado pela idade: 16,7% em pessoal social; 20% em motor fino; 33,3% em linguagem e, 30% em motor grosso.

A hospitalização de bebês logo após o parto pode ocasionar grandes tensões familiares, principalmente à mãe. Segundo apontamentos de Pereira, Abrão, Ohara e

Ribeiro (2015), a experiência da hospitalização do recém-nascido pré-termo pode ser tão difícil para mãe a ponto de ela definir essa experiência como momento de grande estresse, angústia, medos, inseguranças e apreensão. Esse acontecimento pode repercutir em sua saúde física e emocional, podendo influenciar, inclusive, o desmame precoce.

A internação de um recém-nascido em uma unidade neonatal pode evocar sentimentos negativos, relacionados a desconstrução de expectativas maternas elaboradas durante gestação (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). Sentimentos de medo, incerteza, frustração, culpa, infelicidade e busca de respostas que justifiquem a internação podem ser comuns, levando a mãe, muitas vezes, a culpabilizar-se. Ao realizar uma pesquisa com 24 mães durante a primeira visita de seus bebês na UTIN, Ued et al. (2019) encontraram relatos de sentimentos negativos, como tristeza ao deparar-se com os aparatos tecnológicos e a condição de afastamento, que impediam muitas vezes o toque, amamentação e outros cuidados maternos. Esse período pode representar para mãe um momento de crise, suscitando emoções, por vezes ambivalentes, interferindo no seu bem-estar, em suas relações pessoais e familiares. Diante da internação, a história desejada e construída durante todo período gestacional é modificada, podendo influenciar a formação e estabelecimento de vínculos da díade (Ministério da Saúde, 2017).

A análise da vivência de mães de bebês pré-termo durante a internação foi feita por Baseggio, Dias, Brusque, Donelli e Mendes (2017). As autoras observaram o relato de sentimentos como culpa, por sentirem-se responsáveis pela internação e nascimento prematuro, angústia, medo e estranhamento com a aparência e incerteza sobre a sobrevivência do bebê. Naidon, Neves, Silveira e Ribeiro (2018) e Ramos, Lima, Leal, Prado, Oliveira e Souza (2016) também encontraram relatos de sentimentos negativos por ocasião da notícia da internação dos bebês. Quando a notícia é inesperada os sentimentos são mais intensos como o desespero, o medo de separação, a frustração, a

preocupação, a infelicidade, a culpa, a solidão, a impotência e o desamparo vivenciados pelos pais (Ramos et al., 2016).

Todavia, Manzo, Costa, Silva, Jardim e Costa (2018) apontaram que, mesmo diante de sentimentos maternos negativos frente a notícia da separação mãe-bebê, durante a internação, é possível assegurar à mãe um ambiente menos hostil. Isso se dará tanto pela promoção de assistência de qualidade, realizada por profissionais de saúde, com práticas acolhedoras para a díade, como pela presença de rede de apoio familiar, fatores importantes para o processo de enfrentamento.

Nesse contexto, a equipe de saúde terá um papel fundamental, como mediadora e facilitadora da relação mãe-bebê. As práticas de acolhimento incluem a oferta de informações seguras, práticas de cuidado e observação do bebê, auxílio nas atividades de retirada do leite (ou amamentação, quando possível) e, reconhecimento da importância da sua presença junto ao bebê. Por meio dessas práticas as equipes podem contribuir para o processo de empoderamento dessa mãe para os cuidados que precisará ter com o bebê durante a internação e na alta hospitalar. O apoio da rede familiar também é importante, gerando condições de permanência da mãe junto ao bebê e segurança em relação a outras demandas familiares que precisarão ser supridas durante a internação. A família participativa promove a aceitação, o fortalecimento e o restabelecimento das condições de saúde emocional materna, para que a mãe possa contribuir efetivamente para o processo de alta do bebê (Cabeça & Sousa, 2017). Segundo as autoras, essas condições podem, em alguns casos, diminuir o tempo de internação neonatal, por promover condições de aleitamento, afeto e segurança ao bebê, que passa a responder melhor ao tratamento. As práticas de humanização podem ser observadas pela implementação de políticas públicas voltadas à promoção do cuidado integral, tanto para mãe como para seu bebê, visando assegurar a saúde materno infantil como um binômio integrado.

Nesse cenário, há um marco em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) (Ministério da Saúde, 2003), que teve como objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, bem como, em 2011, a implementação da Rede Cegonha, que visou assegurar o monitoramento às ações de proteção tanto a saúde da mulher quanto da criança (Ministério da Saúde, 2011). Em 2000, a publicação da Portaria GM nº 693 pelo Diário Oficial como, revisado posteriormente com a Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, deu origem a Normas de Orientação para Implantação do Método Canguru (Ministério da Saúde, 2007). Esse método trata do contato pele a pele, que começa de forma precoce, até o toque, que evolui na posição Canguru, quando o bebê já tem peso e condições de saúde para participar dessa intervenção. Nas normas estabelecidas, encontram-se os paradigmas de um modelo de cuidado que deve ser qualificado e humanizado, com estratégias de intervenções biopsicossocial para o favorecimento e empoderamento das famílias para atenção com o recém-nascido (Ministério da Saúde, 2017).

Contudo, não basta que os objetivos das políticas públicas de humanização sejam propostos, é necessário que as equipes compreendam sua importância e a efetivem. Para Manzo et al. (2018), apesar das diversas políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e do bebê, de modo a garantir a qualidade e humanização na assistência durante o parto e puerpério, ainda existem práticas que contradizem essas propostas.

No estudo de Zanfolim, Cerchiari e Ganassim (2018), as autoras indicaram que a falta de empatia e cuidado com a mãe durante o período de internação do bebê é o grande precursor de sofrimento materno, o que dificulta a vivência da internação do bebê e a consequente recuperação. Dessa forma, estudos que investiguem como o processo de internação é vivenciado pelas mães são de grande relevância, a fim de indicar estratégias que possam viabilizar as práticas de humanização já indicadas na

legislação e outras que se façam necessárias. Diversos são os motivos que levam bebês à UTIN. A prematuridade, principalmente a extrema, é uma das causas mais frequentes de internação (Nascimento, Omena, França, Soares, & Oliveira, 2020; Correa, 2019). Todavia, bebês nascidos a termo com outros problemas de saúde também permanecem internados em UTIN, em casos de mal formação, deficiências, baixo peso ou intercorrências durante o parto. Qual, então, o impacto dessas duas condições sobre a percepção materna acerca da internação do bebê na UTIN?

Nesse contexto, esse artigo teve por objetivo descrever e comparar a percepção de mães de bebês pré-termo e a termo quanto aos sentimentos vivenciados durante a internação do bebê em UTIN e diante da expectativa de sua alta. Levanta-se a hipótese de que as mães de bebês a termo têm uma percepção mais negativa sobre as diferentes situações, principalmente na hora da notícia. Outra hipótese refere-se à expectativa de alta, que seria maior entre as mães de bebês pré-termo.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, com análise quantitativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal da Grande Dourados (Parecer n. 79881617.9.1001.5160), assegurando todas as exigências do Conselho Nacional de Saúde, descritos na Resolução 466/2012, como a anuência por escrito para uso dos dados para divulgação científica resguardando-se o sigilo das participantes, ausência de ônus para as participantes, possibilidade de retirada da autorização de uso dos dados, entre outros.

Participantes

A amostra foi constituída por conveniência, a partir da oferta do projeto às mães, durante visita ao bebê na UTI de um Hospital Universitário do interior do Estado do Mato Grosso do Sul. Participaram do estudo 30 mães de bebês pré-termo (Grupo 1 – G1)

e 30 mães de bebês a termo (Grupo 2 – G2), ambos com histórico de, no mínimo, cinco dias de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN). Para G2 o motivo da internação estava relacionado a: problemas respiratórios (20%), neurosífilis (16,7%), infecções (13,3%), hipoglicemia (13,3%), baixo peso (6,6%), malformação (6,6) e causas diversas (13,3%) como: anemia, edema cerebral, hemorragia e icterícia neonatal.

As mães foram visitadas durante o período de internação de seus bebês, ocasião em que foram convidadas para o estudo. As que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão do estudo foram: ter mais de 18 anos e não ser integrante de populações especiais (indígenas e estrangeiras). Os bebês de G1 tiveram tempo médio de internação de 20,23 dias (DP = 21,73), peso médio de 1604,87 gramas (DP = 678,95), comprimento de 33,60 cm (DP = 16,08) e idade gestacional de 30,65 semanas (DP= 6,70). Considerando as subdivisões da prematuridade, nove eram bebês pré-termo tardios (30%); 14 eram bebês nascidos muito prematuros (46,7%), sete eram prematuros extremos (23,3%). As mães tinham em média 28 anos de idade (DP = 7,54), 9,83 (DP= 3,21) anos de escolaridade e em média 2,27 filhos (DP=1,05). Em relação aos bebês de G2 o tempo médio de internação foi 20,92 dias (DP= 35,31), o peso médio foi de 3100 gramas (DP= 690,73), o comprimento médio de 44,18 cm (DP= 6,07) e idade gestacional de 37,59 semanas (DP=2,58). A média da idade materna foi de 26,83 anos (DP=9,69), a escolaridade média de 9,53 anos (DP= 3,14) e a quantidade de filhos foi, na média, 1,93 (DP=0,78). As características da amostra foram comparadas a partir do teste t para amostras independentes, indicando semelhanças para as variáveis maternas e diferenças significativas relacionadas aos bebês (peso, altura e idade gestacional), diferenças esperadas quando se comparam bebês nascidos a termo e pré-termo.

Instrumentos

Para identificação dos sentimentos da mãe frente à internação, foi realizada uma entrevista semiestruturada, contendo dados sociodemográficos das mães (idade, escolaridade, se trabalha fora do lar, tipo de família, número de filhos) e dos bebês (sexo, idade gestacional, peso e altura). Na sequência, foi aplicado o Protocolo de Avaliação de Sentimentos e Percepções Maternas - PASPM (Montanhaur, 2018), que possibilita o acesso às informações acerca de situações concretas relacionadas à internação do bebê.

O PASPM (Montanhaur, 2018) é dividido em duas seções. Na primeira seção eram avaliadas as frequências com que as mães percebiam os sentimentos vivenciados em diferentes momentos (notícia, internação e expectativa de alta). A mãe escolhia entre nove possibilidades os sentimentos com os quais mais se identificava (tranquila, culpada, conformada, confiante, decepcionada, preocupada, nervosa, amparada e desesperada) indicando a frequência em cada um dos momentos. A seção B era composta por 24 afirmações relacionadas à hora da notícia da internação, durante as visitas na UTIN e à expectativa de alta do bebê, seguida por cinco possibilidades de resposta, apresentadas em uma escala do tipo Likert, de um a cinco (1- concordo plenamente, 2- concordo parcialmente, 3- discordo parcialmente, 4- discordo plenamente e 5- não sei opinar).

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada por uma residente e duas graduandas do curso de Psicologia, previamente orientadas para aplicação dos instrumentos, que aconteceu no período de janeiro de 2018 a julho de 2019. Durante as visitas às mães, em alojamentos de um Hospital Universitário, as pesquisadoras apresentavam os objetivos do estudo e, em caso de aceite, solicitavam a assinatura do TCLE. Em seguida a mãe era conduzida para um espaço individualizado, para garantir seu sigilo (sala de atendimento multidisciplinar, ou quarto vazio do alojamento). Nesse primeiro encontro realizava-se, primordialmente, o acolhimento da mãe, possibilitando que ela falasse

espontaneamente sobre suas dificuldades e sofrimentos. Depois da acolhida, estando a mãe em condições de prosseguir, realizava-se a entrevista, para fornecimento dos dados sociodemográficos e histórico da gestação e aplicava-se o PASPM (Montanhaur, 2018). Caso a participante se mostrasse cansada ou indisposta, retornava-se em outra hora para concluir a coleta. As mães que precisavam de mais suporte eram encaminhadas a um serviço de atendimentos psicológico e/ou grupos de apoio para mães, durante o período de internação do recém-nascido. Esses serviços eram disponibilizados no hospital universitário, pela psicóloga do setor e por grupos de residentes que passam pela UCIN e/ou UTIN.

Análise de dados

Os dados foram categorizados, organizados em tabelas e analisados a partir do Software Estatístico SPSS (IBM, versão 24). Foi utilizada estatística descritiva para os dados da Seção A do instrumento e, o Test t de Student, para análise de dados da Seção B, com intervalo de confiança de 95% ($p=0.05$).

As questões da Seção A foram analisadas de acordo com o momento indicado pela mãe (notícia, internação e expectativa de alta) classificadas em sentimentos positivos (tranquila e confiante), negativos (culpada, decepcionada, preocupada, nervosa e desesperada) e ambivalentes (conformada e amparada). Na Seção B, os sentimentos e percepções sobre a condição de internação do bebê, tiveram a seguinte categorização: 1) Sentimento de impotência e desamparo (questões 6, 20 e 21); 2) Saúde do bebê (questões 1, 3, 12, 14, 15 e 17); 3) Relação com equipe de Saúde (questões 2, 11 e 17); 4) Redes de Apoio (questões 4, 5, 6 e 18); 5) Percepção materna sobre a influência da sua presença na Unidade Neonatal (questões 7, 9, 13, 22, 23 e 24) e, 6) Percepção sobre a saúde do bebê após a alta hospitalar (questões 8, 10, 16 e 19). Por se tratar de instrumento ainda não validado, considerando a pontuação de um a cinco para cada questão, adotou-se arbitrariamente o ponto de corte 2,5 para análise individualizada das

questões/categorias, sendo as médias iguais ou superiores a esse valor consideradas como alvo de atenção. Algumas questões, consideradas positivas, tiveram sua pontuação invertida (1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 17, 18).

Resultados

Os resultados foram analisados a partir do questionário que relacionava, na Seção A, as descrições de sentimentos vivenciados durante a internação e, na Seção B, a percepção sobre a condição de risco, rede de apoio e estado de saúde do bebê. Desse modo, os dados são apresentados segundo as respectivas seções.

Seção A – Sentimentos vivenciados durante a internação

Para avaliação dos sentimentos vivenciados durante a internação do bebê as mães relataram sentimentos positivos, negativos e ambivalentes nos três diferentes momentos: por ocasião da notícia de internação, durante as visitas e na expectativa de alta. O maior percentual indicado de sentimentos negativos vivenciados pelas mães foi apontado no momento de recepção da notícia da internação, tanto para G1 (63,3%) quanto para G2 (80,0%) e, o maior percentual de sentimentos positivos foi relatado por ocasião da expectativa da alta, com frequência mais alta para o G2 (86,7%).

Seção B- Sentimentos e Percepções sobre a condição de risco e estado de saúde do bebê

As questões do instrumento de Montanhaur (2018) distribuídas nos seis subgrupos foram analisadas separadamente. Na Tabela 1 são apresentados os resultados observados para os subgrupos 1 e 2. No Subgrupo 1, Sentimentos de impotência ou desamparo, não se observou diferença significativa entre os grupos. Porém, as questões 6 e 21 apresentaram médias acima de 2,5 pontos, para os dois grupos, sinalizando a ausência do pai da criança nessa fase e o receio de não saber cuidar do bebê quando for para casa. Em relação aos dados sobre a percepção de Saúde do Bebê,

no subgrupo 2, houve diferença significativa quanto às médias observadas para as questões sobre a expectativa de tempo de internação ($p=0,02$), indicando que as mães de G1 tinham expectativas de maior tempo de internação que G2. Porém, em relação a percepção das condições de saúde do bebê, houve diferença significativa, indicando que as mães de G2 percebiam o quadro de saúde de seus bebês como mais grave. ($p=0,03$). Em relação ao ponto de corte, tanto as mães de G1 como G2 consideraram que o filho está muito doente, demandando preocupação.

Tabela 1

Análise descritiva e comparativa das respostas maternas de G1 e G2, para as afirmativas dos Subgrupos 1 e 2

Subgrupo 1 – Sentimento de impotência ou desamparo	G1 M (DP)	G2 M (DP)	p
6.O pai do (a) meu (minha) filho (a) tem me apoiado em todos os momentos	3,86 (0,58)	3,62 (0,94)	-
20.Gostaria de ter evitado a internação do (a) meu (minha) filho (a)	1,83 (1,28)	1,73 (1,23)	-
21.Não saberei cuidar bem do (a) meu (minha) filho (a) quando ele (ela) for para casa	3,73 (0,82)	3,80 (0,66)	-
Subgrupo 2 - Saúde do bebê	G1 M (DP)	G2 M (DP)	p
1. Preocupo-me com a saúde do (a) meu (minha) filho (a)	3,97 (0,18)	3,93 (0,25)	-
3. Considero que meu (minha) filho (a) está muito doente	3,03 (1,10)	3,73 (0,58)	0,03
12. Meu (minha) filho (a) ficará muito tempo internado	2,19 (1,12)	1,44 (1,09)	0,02
14.Sei que para meu (minha) filho (a) ficar internado é a melhor coisa para ele (a) hoje	1,07 (0,25)	1,13 (0,57)	-
15.Acredito que meu (minha) filho (a) está se recuperando muito bem	1,43 (1,85)	1,03 (0,18)	-
17.Nunca sei como está a saúde do meu (minha) filho (a) a cada dia	1,57 (0,90)	1,57 (1,07)	-

Nota: M = Média; DP = Desvio padrão; p = nível de significância. Fonte: Elaborada pelas autoras.

Na Tabela 2 encontram-se os resultados observados para os subgrupos 3 e 4. No subgrupo 3, percepções em relação a Equipe de saúde, foram observadas médias maiores para G1 em relação à confiança na equipe médica e de enfermagem, havendo diferença significativa quando comparado a G2 ($p=0,05$). Porém, para ambos, as médias foram superiores ao ponto de corte. Em relação ao subgrupo 4, Redes de Apoio, houve

diferença significativa ($p=0,00$) para manifestações paternas negativas diante da notícia de internação, com médias maiores para G2.

Tabela 2

Análise descritiva e comparativa das respostas maternas de G1 e G2, para as afirmativas do Subgrupo 3 e 4

Subgrupo 3 – Percepções em relação à equipe de saúde	G1 M (DP)	G2 M (DP)	<i>p</i>
2. Confio nos médicos e enfermeiras da unidade neonatal	3,80 (0,48)	3,40 (1,00)	0,05
11. Os profissionais da unidade nem sempre estão disponíveis para resolver minhas dúvidas	1,93 (1,93)	2,47 (1,43)	-
17. Nunca sei como está a saúde do (a) meu (minha) filho (a) a cada dia	1,57 (0,90)	1,57 (1,07)	-
Subgrupo 4 – Rede de apoio	G1 M (DP)	G2 M (DP)	<i>p</i>
4. Recebo pouco ou nenhum apoio de familiares e amigos:	1,50 (0,94)	1,77 (1,14)	-
5. Não converso com familiares e amigos sobre a condição de saúde do (a) meu (minha) filho (a)	1,67 (1,15)	1,77 (1,07)	-
6. O pai do (a) meu (minha) filho (a) tem me apoiado em todos os momentos	3,86 (0,58)	3,62 (0,94)	-
18. A reação do pai do (a) meu (minha) filho (a) diante da internação foi ruim	2,45 (1,24)	3,52 (1,09)	0,00

Nota: M = Média; DP = Desvio padrão; *p* = nível de significância. Fonte: Elaborada pelas autoras.

A análise descritiva e comparativa dos subgrupos 5 e 6 encontra-se apresentada na Tabela 3. No subgrupo 5, Influência Materna na Recuperação do bebê, foram observadas médias superiores para o G1 em cinco das seis afirmações analisadas. Para G2, as médias maiores estavam relacionadas à preocupação em acompanhar o recém-nascido na unidade. Todavia, não houve diferenças significativas para as questões desse subgrupo e nem médias superiores ao ponto de corte. Por fim, no subgrupo 6, que aborda a percepção materna sobre a saúde do bebê após alta hospitalar, foram observadas médias superiores para a questão relacionada a necessidade de serviços especializados para G1, havendo diferença significativa (0,04). A percepção de muito trabalho após a alta foi alta para ambos os grupos.

Tabela 3

Análise descritiva e comparativa das respostas maternas de G1 e G2, para as afirmativas dos Subgrupos 5 e 6

Subgrupo 5 – Percepção materna sobre sua influência na unidade neonatal.	G1 M (DP)	G2 M (DP)	p
7. Minha presença no setor não influencia a recuperação do meu filho	1,93 (1,39)	1,10 (0,55)	-
9. Quando estou com meu (minha) filho (a) na UTIN\UCIN penso na sua recuperação:	1,20 (0,761)	1,00 (0,00)	-
13. Mesmo não estando com meu (minha) filho (a) na unidade sempre penso nele (a):	1,40 (1,04)	1,10 (0,55)	-
22. Minha função de mãe é acompanhar meu (minha) filho (a) na UTIN\UCIN:	1,00 (0,00)	1,03 (0,18)	-
23. Não quero que pensem que não me interessam por meu (minha) filho (a):	2,43 (1,45)	2,03 (1,42)	-
24. Venho a unidade para acompanhar de perto a recuperação do (a) meu (a) filho (a):	1,13 (0,73)	1,00 (0,00)	-
Subgrupo 6 - Percepção sobre a saúde do bebê após a alta hospitalar	G1 M (DP)	G2 M (DP)	p
8. Ao sair da UTIN\UCIN meu (minha) filho (a) não precisará de serviço especializado (fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras especialidades):	3,47 (1,43)	2,67 (1,48)	0,04
10. A saúde do (a) meu (minha) filho (a) vai ser muito boa depois que sair do hospital:	1,47 (1,11)	1,23 (0,78)	-
16. Terei muito trabalho com o (a) meu (minha) filho (a) quando ele for para casa:	2,83 (1,29)	2,97 (1,27)	-
19. Meu (minha) filho (a) se desenvolverá totalmente quando sair da UTIN\UCIN:	1,33 (0,92)	1,20 (0,76)	-

Nota: M = Média; DP = Desvio padrão; p = nível de significância. Fonte: Elaborada pelas autoras.

Discussão

No presente estudo foi possível observar o quanto o momento da notícia de internação do recém-nascido pode impactar a vida da mãe, desencadeando sentimentos negativos em relação a permanência do bebê no hospital. Para ambos os grupos se observou uma alta frequência de sentimentos negativos frente a notícia da internação, principalmente para as mães do G2, que possivelmente tinham mais expectativa de alta após o parto. Os dados obtidos confirmam a hipótese inicial e corroboram os achados de Baseggio et al. (2017), Montanhaur (2018), Naidon et al. (2018,) e Ramos et al. (2019) que também encontraram relatos de sentimentos negativos por ocasião da notícia da internação, porém avançam no sentido de indicar que para as mães de bebês a termo a

condição de internação, pela imprevisibilidade, pode ser ainda mais desgastante. É necessário entender que atrás de cada recém-nascido hospitalizado, independente de seu quadro clínico (a termo ou pré-termo), existe uma história familiar que foi modificada e, muitas vezes, vai precisar ser adaptada diante da nova realidade (Ministério da Saúde, 2017).

Durante as visitas quase metade das mães do G1 relataram sentimentos negativos. Essa nova realidade, na maioria das vezes, só é percebida pela mãe durante as visitas na unidade neonatal. Também Ued et al. (2019) indicaram que as mães relataram sentimentos negativos por ocasião da primeira visita aos seus bebês na UTIN, condição que pode estar relacionada a percepção da gravidade do estado de saúde do filho. No presente estudo isso foi observado tanto nas mães de bebês a termo como nas dos bebês pré-termo. Relataram, também, sentir-se despreparadas para cuidar das necessidades do recém-nascido, o que se interpôs ao cumprimento de seu papel de mãe. A identificação desses sentimentos, tanto diante da notícia como durante a internação, possibilita à equipe de saúde o planejamento e proposição de estratégias de acolhimento e informação que possam minimizar esse sofrimento.

No estudo de Veronez et al. (2017), com mães de bebês pré-termo hospitalizados, as autoras indicaram a importância da inserção gradativa da mãe nos cuidados com o recém-nascido como condição essencial para tornar a prática do cuidado mais fácil e prazerosa. Para tanto, o profissional de saúde precisa acompanhar a evolução da autonomia da mãe. Primeiramente, é necessário demonstrar e orientar as mães, que passam gradativamente a auxiliar no cuidado e, por último, a equipe apenas supervisiona o procedimento realizado por elas. Tais estratégias são formas de preparar as mães para os cuidados que serão necessários após o retorno para casa.

A acolhida e cuidado da equipe de saúde pode estar relacionada aos sentimentos positivos das mães durante a visita, ao se sentirem acolhidas, receberem orientações e certificarem que seu filho dispõe de toda atenção necessária. Segundo Veronez et al.

(2017) o cuidado disponibilizado pela equipe de profissionais com a adequada identificação de demandas, com divulgação das notícias sobre os bebês veiculadas de forma compreensível e o apoio aos pais pode atuar como fator de facilitação e enfrentamento das situações adversas decorrentes da internação.

Nesse sentido, o apoio que essa mãe recebe da equipe é um fator importante no processo de compreensão do quadro clínico do bebê e de seu enfrentamento. O estudo de Cabeça e Sousa (2017) apontou que a comunicação entre a equipe e a mãe precisa ser baseada em estratégias de humanização, expressa em condições de empatia, solidariedade e respeito às necessidades singulares da mãe, da criança e sua família. As autoras destacaram a importância de se realizar reuniões para esclarecimento de dúvidas e acolhimento das necessidades da família. Ued et al. (2019) apontaram que a assistência adequada às mães, pela equipe de saúde, permite que elas entendam que seus bebês estão sendo bem cuidados e compreendam a importância da hospitalização.

Em relação à expectativa de alta, observou-se que as mães esperavam muito por esse momento, apresentando uma frequência alta de sentimentos positivos, especialmente as mães de G2. Apesar de indicarem possíveis dificuldades relacionadas ao período pós-alta, as mães mostraram-se animadas em levar seus bebês para casa.

O acolhimento que a equipe de saúde oferece para essa mãe, durante o primeiro contato com o bebê e durante o período de internação, poderá reduzir muitos medos e ansiedades. Observar e escutar os anseios maternos, para depois oferecer informações sobre rotinas, aparelhos e cuidados que estão tendo com o bebê poderá, em muitos momentos, facilitar a relação com a equipe. Além de tudo, com o suporte da equipe, essa mãe vai lentamente se adaptando a rotina da unidade neonatal, podendo cuidar do filho, desmistificando a visão do bebê frágil e encorajando-a na realização dos cuidados tanto na unidade quanto em casa (Ministério da Saúde, 2017).

Quanto à percepção relacionada a diferentes aspectos da internação dos bebês, observou-se que na categoria Sentimentos de impotência e desamparo, ambos os grupos

apresentaram médias altas de respostas às questões sobre o apoio do pai, mas também relataram que se sentiam inseguras para cuidar do bebê quando ele fosse para casa. Observou-se que, apesar de esperarem por esse momento, ainda não sabiam se iriam dar conta da tarefa. Uma possível razão para isso pode estar relacionada ao fato de, durante as visitas, observarem os cuidados especializados que a equipe oferece a um bebê que está ligado a equipamentos diversos. Parecem perder a dimensão de que essa situação de cuidados intensivos é transitória e que, após a alta, por mais que ele precise de alguns acompanhamentos especializados, no contexto familiar, a rotina irá se estabelecer a partir de cuidados e observações dispensadas a recém-nascidos, algo ao alcance desses pais.

Para a categoria Saúde do bebê, observou-se que as mães dos dois grupos demonstraram grande preocupação. Todavia, mais mães de G2 consideraram mais grave o estado de saúde do filho. Isso pode ocorrer devido ao quadro que o levou à UTIN. Para G1, embora a prematuridade possa relacionar-se a possíveis sequelas, os casos mais graves, relacionados à prematuridade extrema representavam 23,3%, o que torna compreensível que a maioria das mães de prematuros apresentasse boas expectativas de desenvolvimento de seus filhos a partir do desenvolvimento físico e devido acompanhamento especializado. Para esse grupo, assim como apontado por Paula et al. (2017) a prematuridade foi a causa mais frequente da internação, relacionada a baixo peso e, em dois casos, infecção urinária e problemas de tireoide maternos. Já para os bebês nascidos a termo, embora algumas causas de internação sejam transitórias (como hipoglicemia, infecções, baixo peso, hemorragia, anemia e icterícia neonatal) outras, além de serem mais graves, relacionavam-se a condições de longo prazo ou com implicações para o desenvolvimento, representando 46,5% dos casos (problemas respiratórios, neurosífilis, malformação e edema cerebral). Nesse contexto, a percepção de maior gravidade dos bebês de G2 por suas mães têm relação direta com o seu estado de saúde.

Os dados referentes à Percepções em relação à Equipe de Saúde indicaram que as mães de bebês pré-termo têm mais confiança nos médicos e enfermeiros que as mães do G2. Todavia, apesar da diferença, os dois grupos apresentaram médias altas relacionadas a esse quesito. Tais dados confirmaram os encontrados por Ferraresi e Arrais (2018) em um estudo que analisou como pais avaliaram a assistência multiprofissional de uma UTIN pública mostrando que, tanto médicos como enfermeiros, foram muito bem avaliados por eles.

Quanto a categoria Redes de Apoio, observou-se que as mães do G2 perceberam uma reação ruim do pai diante da internação do bebê, porém, para ambos os grupos as mães indicaram o apoio dos pais durante a internação do bebê. É possível que, pelo fato de o bebê ter nascido a termo e, provavelmente não ter intercorrências durante a gestação, não esperavam que o bebê tivesse problemas de saúde que justificasse sua internação em UITN. Manzo et al. (2018) apontaram que a internação pode desencadear diversos sentimentos negativos (frustração, tristeza, angústias, medo da perda seu filho e intensa preocupação frente ao desconhecido). Por outro lado, mesmo diante desses sentimentos negativos quando existe a presença do acompanhante em todo período de internação esse processo é vivenciado de forma menos traumática. Segundo Zanolim et al. (2018), a presença de familiares, além de diminuir o sofrimento causado pela hospitalização, também possibilita maior vinculação com o bebê.

A presença do pai do bebê ou alguma rede de apoio, indica que a mãe não se encontra sozinha, podendo contar com pessoas próximas dela para além da equipe de saúde. Essa rede de apoio tem papel importante no momento das notícias em relação a saúde do bebê. Sugere-se que as notícias sejam sempre oferecidas em duplas parentais ou por alguma rede de apoio, a fim de que essa mãe se sinta mais segura, principalmente quando trata-se de notícias difíceis (Ministério da Saúde, 2017). Embora a literatura aponte a importância da figura paterna no processo de enfrentamento, nesse estudo foram percebidas limitações em relação a perguntas relacionadas a essa figura, pois 20%

das participantes não viviam com o companheiro, portanto, essas mães não responderam a questões relacionadas a essa rede de apoio.

Na categoria Influência Materna na Recuperação do bebê, apesar de serem observadas médias superiores para G1 na maioria das afirmações, não houve diferenças significativas entre os grupos e, para todos os itens a frequência estava abaixo da média esperada. Isso significa que as mães apostaram pouco na sua presença como um fator que alteraria a recuperação do bebê. Para que a mãe possa reconhecer a importância da sua permanência durante a interação é necessário que toda a família esteja envolvida nesse processo de aceitação e restabelecimento das condições de saúde emocional materna (Cabeça & Sousa, 2017). Também, a equipe de saúde deverá estar atenta aos sentimentos e necessidades dessa família, considerando que essa participação poderá, inclusive, contribuir para diminuição do tempo de internação do bebê.

Na categoria que avaliou a Percepção materna sobre a saúde do bebê após alta hospitalar, observou-se maior preocupação das mães de G2 para a necessidade de acompanhamento especializado após a alta hospitalar. Para os bebês do G2, dada a condição, talvez já seja possível fazer uma previsão dos serviços que necessitará depois da alta o que nem sempre é tão previsível para os bebês pré-termo, uma vez que esse grupo ainda depende de uma certa maturação biológica. Contudo, é importante destacar que os bebês pré-termo constituem um público elegível para programas de intervenção precoce (Zago et al., 2017). A elegibilidade para os serviços de intervenção precoce deve se pautar tanto na questão da prematuridade quando na existência de deficiências, síndromes ou doenças crônicas. Para o acompanhamento, serviços de apoio à família deverão ser disponibilizados, possibilitando a oferta de serviços de intervenção precoce por equipes multiprofissionais, em atuação transdisciplinar. Os serviços de intervenção precoce são essenciais para promoção de saúde e bem-estar tanto da criança como para sua família (Ferreira, Falcão, Oliveira, Rodrigues, & Pereira, 2019). É importante destacar que o acompanhamento do desenvolvimento de qualquer bebê, a

termo ou pré-termo, após o período da alta ou no pós-natal torna-se essencial para promoção de seu desenvolvimento (Pessoa, Martins, Lima, & Gaíva, 2015).

O estudo corrobora os achados de Montanhaur (2018) que também observou a prevalência da percepção negativa diante da notícia da internação, seguida de percepções positivas na medida em que a mãe pode vivenciar o ambiente hospital com seu bebê. No estudo original, a autora relatou que as participantes que indicaram sentimentos negativos tinham uma percepção mais pessimista da expectativa de alta e das consequências futuras da saúde e desenvolvimento de seus bebês. No presente estudo, essa percepção esteve mais presente no relato de mães de bebês nascidos a termo, que tinham maiores complicações de saúde e maior tempo de internação. Nesse sentido, embora a prematuridade seja um importante fator de atenção no âmbito da saúde pública, as mães indicaram que há outras implicações que levam à internação neonatal que também requerem atenção.

Para a população desse estudo, possivelmente os bebês com problemas respiratórios, neurosífilis, infecções e malformações demandavam de suas mães preocupações tão intensas como daquelas que tiveram o parto prematuro. Os achados contribuem para que as equipes de atenção e cuidado materno infantil estejam mais atentas às mães cujos bebês apresentam quadro de saúde mais grave, compreendendo suas fragilidades, afastamentos e possíveis dificuldade de interação.

Considerações finais

Considerou-se que o instrumento utilizado no presente estudo, possibilitou identificar os sentimentos vivenciados pelas mães durante a internação de seus filhos. Ele pode ser utilizado a fim de que a equipe possa organizar e desenvolver estratégias de acolhimento e informação. Os resultados sinalizaram a importância da identificação do sofrimento materno, independentemente da idade gestacional e da causa da internação do bebê. Esse sofrimento desencadeado, muitas vezes pela internação, gera

diversos sentimentos negativos que pode interferir no cuidado e na relação com o bebê. No entanto, com as redes de apoio da equipe de profissionais da saúde e da família, a internação pode tornar-se menos traumática.

Apesar das diversas Políticas de Humanização recentemente propostas, que visam minimizar o processo de internação, é necessário que os atores envolvidos compreendam a importância das ações e as coloquem em prática. Para isso, a identificação do sofrimento materno, pode ser de grande relevância para que políticas e práticas possam caminhar juntas a fim de propiciar medidas que amenizem o momento de dor, seja, por meio de condutas pontuais como falta de informação ou encaminhamentos para avaliação e/ou atendimentos psicológicos.

Uma limitação do estudo foi a utilização de um instrumento não padronizado, o que dificulta a generalização dos dados e a comparação com estudos semelhantes, mas que utilizaram outros meios de coleta. Todavia, sugere-se a realização de estudos com o presente instrumento com populações maiores, controlando variáveis como condição de saúde do bebê, causas da internação, etc. Uma outra possibilidade é o desenvolvimento de um trabalho que dê voz à equipe de saúde e como se veem no atendimento à essa população. A inserção do psicólogo, tanto para o atendimento dos pais, como da equipe de saúde, presente nas UTINs pode ser benéfica a todos os envolvidos.

Referências

- Baseggio, D. B, Dias, M. P. S, Brusque, S. R, Donelli, T. M. S. & Mendes, P. (2017). Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal. *Temas em Psicologia*, 25(1), 153-167. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-10>
- Cabeça, L. P. F., & Sousa, F. G. M. (2017). Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Online de Pesquisa – Cuidado é Fundamental*, 9(1), 37-50. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.37-30>

- Correa, P. D. S. (2019). *Perfil epidemiológico dos neonatos admitidos na UTI neonatal em um hospital referência na Baixada Fluminense*. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Costa, L. D., Andersen, V. F., Perondi, A. R., França, V. F., Cavalheiri, J. C., Bortoloti, D. S. (2017). Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Baiana de Enfermagem*; 31(4), e20458. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20458>
- Ferraresi, M. F., & Arrais, A. da R. (2018). Avaliação da Assistência Multiprofissional em uma Unidade Neonatal Pública na Perspectiva das Mães. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(2), 381-390. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200008>
- Ferreira, T. S., Falcão, A. P., Oliveira, A. P., Rodrigues, O. M. P. R., & Pereira, V. A. (2019). Intervenção precoce e a participação da família: relato de profissionais de APAES. *Revista Educação Especial*. 32(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5902/1984686>.
- Freitas, M. C. N., Sousa, A. O. B., Cabral, S. A. O., Alencar, M. C. B., Guedes, M. S. S, & Oliveira, G.F. (2018). Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(40), 1-15. Retrieved from <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1110/1619>
- Hackenberry, M. J., & Wilson, D. W. (2014) *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. São Paulo: Mobby Elsevier.
- Manzo, B. F., Costa, A. C. L., Silva, M. D., Jardim, D. M. B, & Costa, L. O. (2018). Separação inevitável do binômio mãe-bebê no pós-parto imediato na perspectiva materna. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 18(3), 509–5. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300004>.
- Ministério da Saúde (2003). *Plano Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2007). *Portaria n. 1683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, as Normas de Orientação para Implantação do Método Canguru*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru-manual técnico* (3 ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Montanhaur, C. D. (2018). *Percepção de mães de bebês internados em UTI neonatal: influência de variáveis maternas, contextuais, apoio social e enfrentamento*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Bauru, SP, Brasil.
- Naidon, A. M., Neves, E. T., Silveira, A., Ribeiro, C. F. (2018). Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: Relato de mães. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>

- Nascimento, T. M. M., Omena, I. S., França, A. M. B., Soares, A. C. O., & Oliveira, M. M. (2020). Caracterização das causas de internações de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Cadernos de Graduação*, 6(1), 63-74. Retrieved from <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/2777>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019). *Survive and Thrive: Transforming care for every small and sick newborn*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>
- Paula, N. V. K., Gerbasi, A., Santos, A. P., Marcomini, E. K., Cebrian, M. G., & Theodoro, M. S. (2017). Internações em UTI neonatal. *Revista Espacios*, 38(39), 1-9. Retrieved from <https://revistaespacios.com/a17v38n39/a17v38n39p18.pdf>
- Pereira, L. B., Abrão, A. C. F. de V., Ohara, C. V. S., & Ribeiro, C. A. (2015). Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 55-63. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>
- Ramos, D. Z., Lima, C. A., Leal, A. L. R., Prado, P. F., Oliveira, V. V., & Souza, A. A. M. (2016). A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(2), 189-96. <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4361/0>
- Sousa, D. S., Junior, A. S. S., Santos, A. D. R., Melo, E. V., Lima, S. O., Almeida-Santos, M. A., & Reis, F. P. (2017). Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 17(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100008>.
- Ued, F. V., Silva, M. P. C., Cunha, I. L. R., Ruiz, M. T., Amaral, J. B., & Contim, D. (2019). Percepção das mães ao visitar seu filho na unidade neonatal pela primeira vez. *Escola Anna Nery*, 23(2), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0249>
- Veronez M, Borghesan N. A. B, Corrêa D. A. M, Higarashi IH. (2017). Vivências de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>.
- Zago, J. T. de C., Pinto, P. A. F., Leite, H. R., Santos, J. N., & Morais, R. L. de S. (2017). Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Revista CEFAC*, 19 (3), 320-329. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719314416>.
- Zanfolim, L. C., Cerchiari, E. A. N., & Ganassin, F. M. H. (2018). Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 22-35. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000292017>

Agradecimento. A primeira autora do trabalho é bolsista do Ministério da Saúde.

Submetido em: 16.12.2020

Aceito em: 15.06.2021