







Vivência materna após a alta do prematuro: construção da autonomia do cuidado

Maternal experience after the discharge of a preterm infant: building autonomy in care

Vivencia materna tras el alta del recién nacido prematuro: construcción de la autonomía del cuidado

Abner Pereira de Almeida¹ , Elis Regina Varalda Rodrigues¹ 
Eduardo Bueno de Faria¹ , Antonio Richard Carias¹ 

RESUMO

Objetivo: Investigar a vivência de mães após a alta hospitalar e os primeiros cuidados domiciliares com recém-nascidos que estiveram internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Método:** Estudo qualitativo realizado em um hospital universitário no estado de São Paulo. Participaram seis mães cujos bebês permaneceram internados por, pelo menos, sete dias durante o primeiro semestre de 2017. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e, de questionário sociodemográfico e clínico, sendo analisados com base na Análise de Conteúdo. **Resultados:** As mães, com idades entre 23 e 35 anos, relataram sentimentos ambivalentes, como alívio pela alta hospitalar e medo diante da responsabilidade de cuidar do bebê em casa. As inseguranças estavam relacionadas a práticas como banho e amamentação, mas foi observado um processo de adaptação e construção de confiança ao longo do tempo. **Considerações Finais:** Destaca-se a relevância do acompanhamento após a alta hospitalar para promover a autonomia materna no cuidado ao recém-nascido e fortalecer o vínculo entre mãe e filho.

DESCRIPTORES:

Recém-nascido Prematuro; Cuidados Pós-alta; Vínculo Mãe-bebê.

Informações do Artigo:
Recebido em: 01/03/2025.
Aceito em: 30/10/2025

Autor correspondente:
Eduardo Bueno de Faria.
eduardo.faria@usf.edu.br

¹ Universidade São Francisco. Bragança Paulista, SP, Brasil.



ABSTRACT

Objective: To investigate the experience of mothers after hospital discharge and during the initial home care of newborns who had been admitted to a neonatal intensive care unit. **Method:** A qualitative study conducted in a university hospital in the state of São Paulo, Brazil. Six mothers participated, each with babies who had been hospitalized for at least seven days during the first half of 2017. Data were collected through semi-structured interviews and a sociodemographic and clinical questionnaire, and analyzed using Content Analysis. **Results:** The mothers, aged between 23 and 35 years, reported ambivalent feelings, such as relief due to the baby's hospital discharge and fear regarding the responsibility of care at home. Insecurities were related to basic tasks such as bathing and breastfeeding. Over time, mothers described a gradual process of adaptation and increased self-confidence. **Final Considerations:** The findings highlight the importance of follow-up after hospital discharge to promote maternal autonomy in newborn care and strengthen the bond between mother and child.

DESCRIPTORS:

Premature Infant; Postdischarge Care; Mother-Child Relations.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la experiencia de madres tras el alta hospitalaria y durante los primeros cuidados en el hogar de recién nacidos que estuvieron internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. **Método:** Estudio cualitativo realizado en un hospital universitario del estado de São Paulo, Brasil. Participaron seis madres cuyos bebés estuvieron hospitalizados durante al menos siete días en el primer semestre de 2017. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se aplicó un cuestionario sociodemográfico y clínico. Los datos fueron analizados mediante Análisis de Contenido. **Resultados:** Las madres, con edades entre 23 y 35 años, relataron sentimientos ambivalentes, como el alivio por el alta hospitalaria del bebé y el miedo frente a la responsabilidad de los cuidados en casa. Las inseguridades estaban relacionadas con prácticas básicas como el baño y la lactancia. Con el tiempo, describieron un proceso de adaptación y aumento de la confianza. **Consideraciones Finales:** Los resultados refuerzan la importancia del acompañamiento después del alta hospitalaria para promover la autonomía materna en el cuidado del recién nacido y fortalecer el vínculo entre madre e hijo.

DESCRIPTORES:

Recién nacido Prematuro; Atención Postalta; Relación Madre-Hijo.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a atenção à saúde materno-infantil tem se consolidado como uma das principais prioridades das políticas públicas de saúde⁽¹⁻²⁾. Nesse contexto, o cuidado com o nascimento prematuro constitui um desafio persistente no Brasil. Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que o país ocupa a décima posição em números absolutos de partos prematuros, com aproximadamente 279,3 mil casos anuais, correspondendo a 9,2% de todos os nascimentos⁽³⁻⁴⁾.

Os avanços recentes na terapia intensiva neonatal e nos cuidados com recém-nascidos prematuros (RNPT) resultaram em aumento significativo da taxa de sobrevivência, viabilizando a manutenção da vida de neonatos com baixo peso ao nascer e condições clínicas graves⁽⁵⁻⁷⁾. Apesar desses progressos, a literatura contemporânea evidencia que a prematuridade exerce impactos relevantes sobre o desenvolvimento físico e cognitivo desses indivíduos^(2,5,8-9). Uma revisão sistemática

que analisou estudos acerca de achados clínicos e de neuroimagem, desde o nascimento até a vida adulta de pessoas nascidas prematuras em comparação àquelas nascidas a termo, demonstrou que a prematuridade repercute no desenvolvimento cerebral; em atividades cognitivas, como memória, atenção e funções executivas; na saúde mental, especialmente em transtornos de ansiedade e do humor; na visão; na sensibilidade à dor; e na saúde física, particularmente na regulação da pressão^(3,9).

Durante a internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que pode se prolongar por meses conforme as condições clínicas e a Idade Gestacional (IG)⁽¹⁰⁻¹¹⁾, os RNPT recebem tratamento especializado. Contudo, esse ambiente difere profundamente do útero materno, expondo os neonatos a diversos fatores estressores, como luminosidade intensa, ruídos, dor e manipulações frequentes, que podem atingir até 67 procedimentos diários^(8,12-13). Esses fatores podem afetar negativamente o tratamento, prolongar o tempo de internação e gerar consequências que persistem após a alta hospitalar⁽¹²⁻¹⁷⁾.

Além dos desafios físicos enfrentados pelo recém-nascido, a internação implica em uma separação precoce entre mãe e bebê, o que representa um impacto emocional significativo, tanto para os cuidadores como para o neonato. Diferentemente de um nascimento saudável, geralmente comemorado, o parto prematuro gera nos pais sentimentos de tristeza, medo, insegurança e incerteza em relação à saúde do filho^(3,5,10,18). O foco das expectativas parentais desloca-se de planejamentos a longo prazo para questões imediatas, como a sobrevivência e os possíveis atrasos no desenvolvimento^(10,19).

Ademais, enquanto os pais ainda se recuperam do parto, precisam aprender a interagir em um ambiente hospitalar complexo, onde seus filhos são cuidados por terceiros, como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e etc. Essa situação dificulta a percepção de seu papel no cuidado ao filho, gerando sentimentos de incapacidade⁽²⁰⁻²¹⁾. Diante de todo este cenário, quando ocorre a alta da UTIN, é comum que os pais sintam ansiedade e medo diante da responsabilidade de cuidar do recém-nascido em casa. Essa transição, marcada por incertezas, pode resultar em dificuldades no cuidado, aumento das reinternações e conflitos familiares^(7,14,22).

As mães, em particular, são profundamente impactadas por essas emoções, que podem prejudicar seu vínculo com o bebê. A idealização da maternidade muitas vezes ocorre antes mesmo da gestação, criando expectativas sobre sua função como cuidadora principal. Entretanto, a internação prolongada do bebê na UTIN pode gerar um sentimento de perda desse papel, dificultando o reconhecimento do vínculo materno e afetando sua confiança para cuidar do filho após a alta^(15,23).

Existem estudos que mostram como esse momento de pós-alta pode ser difícil para os cuidadores. Um trabalho realizado com 128 mães que tiveram seus recém-nascidos prematuros internados na UTIN, evidenciou que uma a cada cinco mães relatam sintomas depressivos, de ansiedade

e/ou de estresse pós-traumático. Por outro lado, o suporte social se correlaciona inversamente com tais sintomas, demonstrando a importância de uma zona de cuidado para essas mães⁽²⁴⁾. Outro estudo mostrou que a falta de envolvimento no cuidado dos bebês durante o período de internação parece intensificar os sentimentos negativos após a alta hospitalar. Ademais, a falta de informação relativa aos cuidados maternos domiciliares prejudica a uma transição tranquila do hospital para a casa⁽²⁵⁾.

Diante desse contexto, torna-se essencial compreender a percepção das mães sobre seus filhos nos primeiros dias após a alta hospitalar. Esse entendimento permite que profissionais de saúde ofereçam uma assistência humanizada e individualizada ainda durante a internação, auxiliando essas mães a se prepararem para o cuidado domiciliar. Assim, este estudo objetiva explorar as experiências maternas nos primeiros dias após a alta hospitalar de recém-nascidos prematuros, sob a ótica da equipe de enfermagem.

OBJETIVO

Compreender a vivência materna após a alta hospitalar de um bebê recém-nascido internado na UTIN e primeiros cuidados domiciliares.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O estudo, de abordagem qualitativa, buscou compreender os significados atribuídos pelas mães à vivência após a alta hospitalar de RNPT, privilegiando o uso de entrevistas em profundidade como estratégia para captar narrativas detalhadas e densas sobre suas experiências. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas para acessar as experiências maternas no período pós-alta, além da aplicação de um questionário sociodemográfico e clínico para caracterização das participantes.

Local de estudo

A pesquisa foi conduzida em um hospital universitário no estado de São Paulo, especificamente no ambulatório de especialidade materno-infantil, local acessível às mães para a realização das entrevistas. A amostra foi composta por seis mães que tiveram bebês internados na UTIN por pelo menos sete dias. Após o período na UTIN, as mães e os bebês eram direcionados a uma enfermaria canguru antes da alta, onde permaneciam em observação. Durante a alta foi agendada uma consulta para a semana seguinte, a fim de avaliar demandas de saúde e compreender o período pós-alta. A participação ocorreu de maneira voluntária, sendo as mães contatadas previamente por telefone e convidadas a comparecer ao hospital para as entrevistas. Dessa forma, após a consulta para avaliar o a saúde do neonato, ocorreria a primeira entrevista.

Critérios de inclusão

Estabeleceu-se como critério de inclusão mães de RNPT internados na UTIN que aceitaram participar do estudo. O tamanho da amostra foi estabelecido pela saturação teórica dos dados, ou seja, interrompe-se a busca por novos participantes quando o pesquisador observa que os dados qualitativos coletados já apresentam sobreposição ou repetição temática.

Protocolo do estudo

As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e gravadas com autorização das participantes. Utilizou-se de uma questão aberta e disparadora para facilitar a comunicação durante a entrevista: “Como foi para você, enquanto mãe, a alta hospitalar do seu bebê recém-nascido e os primeiros dias em casa?”. Após a pergunta disparadora, cada participante elaborava uma narrativa verbal sobre sua vivência materna. As entrevistas foram posteriormente transcritas. Os dados obtidos com o questionário sociodemográfico e clínico foram tabulados para análise descritiva das características das mães.

Análise de dados

As participantes revelaram em suas entrevistas vivências pessoais, crenças e atitudes em relação ao cuidado materno após a alta do bebê prematuro. Para analisar os dados obtidos nas entrevistas, foi utilizada a proposta metodológica de Bardin⁽⁴⁰⁾. A análise de conteúdo, conforme sistematizada por Bardin⁽⁴⁰⁾, constitui-se em um método rigoroso que busca interpretar os significados latentes e manifestos de materiais textuais, como entrevistas, de modo a transformar dados brutos em categorias de análise. O processo inicia-se pela pré-análise, etapa em que o pesquisador realiza a leitura flutuante dos textos, organiza o corpus e define os recortes e unidades de registro relevantes, orientando-se pelos objetivos da investigação. Em seguida, na exploração do material, ocorre a codificação sistemática das falas, na qual fragmentos de texto são destacados e classificados em categorias temáticas ou analíticas. Por fim, na interpretação ou tratamento dos resultados, essas categorias são analisadas em profundidade, articulando-se com o quadro teórico e com a problemática da pesquisa, o que permite ao pesquisador inferir significados, identificar padrões e construir compreensões acerca do fenômeno investigado. Assim, a análise de conteúdo possibilita a passagem do discurso individual para a elaboração de sínteses coletivas, preservando a complexidade e a riqueza do material qualitativo. Para aprofundar a análise das categorias temáticas foram consultadas as contribuições do referencial psicanalítico winnicottiano, assim como a literatura contemporânea na área do cuidado materno-infantil e das práticas multiprofissionais na UTIN.

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE nº 62069116.7.0000.5514). As mães participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após leitura e esclarecimento de dúvidas, com garantia de sigilo e anonimato dos dados. Para preservar a identidade, cada participante foi identificada pela letra “M”, seguida de numeração sequencial (M1, M2... M6). As entrevistas foram então realizadas, transcritas, organizadas e submetidas à análise de conteúdo, a fim de interpretar os principais achados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa seis mães, com idades entre 23 e 35 anos. A escolaridade mínima foi o ensino médio incompleto. Três mães eram solteiras e as outras três eram casadas. Duas mães já haviam passado pela experiência da gestação, sendo que uma delas (M2) já possuía três filhos, porém, era a primeira experiência de um bebê internado em UTIN. Com relação aos recém-nascidos, todos eram do sexo masculino, apresentavam idade gestacional de nascimento variando de 30 a 33 semanas, e peso ao nascer de 1370g a 2270g. O tempo de hospitalização variou entre 11 a 70 dias.

Quadro 1. Dados sociodemográficos das mães atendidas na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital universitário no estado de São Paulo, 2017 (N = 6)

Id	Idade	Etnia	Nº de filhos	Estado civil	Escolaridade	Crença religiosa	Com quem mora	Casa própria	Ocupação
1	23	Branca	1	Solteira	Médio incompleto	Católica	Marido	Aluguel	Vendedora
2	32	Branca	3	Casada	Médio completo	Cristã	Marido e filhos	Própria	Do lar
3	31	Branca	1	Casada	Superior completo	Católica	Marido	Própria	Advogada
4	28	Branca	1	Solteira	Superior incompleto	Evangélica	Companheiro	Própria	Do lar
5	35	Branca	2	Casada	Médio incompleto	Católica	Marido e filhos	Própria	Do lar
6	23	Branca	1	Solteira	Médio completo	Católica	Pais	Própria	Do lar

Para além, também obtivemos como resultados as narrativas contadas pelas mães. A fim de facilitar a organização e coerência de ideias, selecionamos algumas frases dessas histórias para discussão. Após a transcrição e organização dos dados, a partir da filtragem dos elementos textuais pertinentes ao tema de estudo, foi possível o delineamento de três categorias temáticas: “Impacto emocional da alta hospitalar”; “Desafios emocionais na adaptação ao cuidado domiciliar”; “Reorganização e ressignificação da rotina familiar”.

Impacto emocional da alta hospitalar

Uma das primeiras e mais frequentes perguntas direcionadas aos profissionais que trabalham em unidades neonatais é: “Quando o bebê vai receber alta?”^(17,26). Os pais dos RNPT, independente do tempo de internação ou gravidade do caso clínico, almejam o momento da alta hospitalar durante toda a internação. Esse seria o marco do fim da separação que ocorre entre o binômio mãe-bebê, cessaria a angústia de todos da família e geraria alegria^(2,17,27).

“[...] é uma alegria né, ficar quase um mês no hospital e ir pra casa é muito bom.” (M5).

Entretanto, a alta hospitalar é um processo permeado por ambivalência: apesar de ser um momento de alívio e felicidade, ao mesmo tempo, pode ser assustador, deixando na mãe um sentimento de ansiedade. Neste momento, elas podem sentir falta de preparação para assumir os cuidados com o bebê e ter dúvidas sobre sua capacidade para cuidar^(14,18,28).

“Foi assustador, [...] achava que... que ia ter algum problema né, eu achei que não ia ter capacidade [...]” (M2).

“Foi bem, foi bem complicado, bem difícil, porque conforme ele saiu ele não tinha aprendido a mamar ainda [...]” (M4).

Em mesma direção, um estudo evidenciou a presença dos sentimentos de medo e exaustão das mães de prematuros após a alta hospitalar. Este mesmo estudo também identificou que as mães tinham medo do desconhecido, sendo que elas mencionavam não saber o que esperar e não saber manejar qualquer situação com o recém-nascido ^(7,29). Ou seja, sofriam por um fato que nem se quer sabiam se iria acontecer.

Na literatura encontra-se autores que fazem paralelo aos achados deste estudo, demonstrando que após a alta hospitalar, é instituído para as mães e familiares um novo problema a ser resolvido^(4,7,30). Neste momento também é demonstrado que as mães não se sentem capazes de realizar os cuidados com os seus filhos, justificando esta incapacidade por seus bebês serem muito pequenos e frágeis.

“[...] era muito pequeno, não sabia como cuidar, achava que ele não ia respirar [...]” (M2).

Acrescido a estes sentimentos é confirmado neste momento que as mães começam a sentir a falta do ambiente hospitalar, pelo fato de que no hospital a criança e a mãe estão sendo assistidos por uma equipe multiprofissional que irá sanar os problemas que aparecerem o mais rápido possível. A ausência dos profissionais de saúde nos domicílios pode ser encarada então como um novo problema para aquela família ^(19,31).

“[...] dentro do hospital tem todo um processo, tem um monte de profissionais que tá em volta, que cuida. E quando cê vai pra casa cê tá sozinho, e daí fica aquele medo né, de você não saber o que fazer né se acontecer alguma coisa.” (M2).

“Eu acho que a primeira sensação que você tem é a insegurança né, que aqui você tem um suporte que em casa você não tem [...]” (M3).

“[...] porque aqui eu tinha a companhia de vocês, a ajuda de vocês e em casa tive que aprender tudo mais na marra [...]” (M4).

“Fiquei preocupada porque eu falei será que eu... tá se alimentando direito, tá longe das enfermeiras né [...]” (M6).

Estes sentimentos também ficam evidentes em outro estudo com os relatos de pais que, ao deixarem o cenário supervisionado e altamente especializado da UTIN, experimentaram sentimentos de estarem realizando algo arriscado e incerto. Tal sentimento era acrescido do medo de fazer algo errado ou prejudicial para o bebê. Os autores também apontam que os pais ficam acostumados e confortáveis com a equipe multiprofissional que presta assistência aos seus filhos, porém, com a alta, os mesmos ficam expostos a, em caso de necessidade, encontrarem profissionais desconhecidos, que não estão acostumados com o bebê^(14,32).

Os sentimentos de medo e ansiedade que aparecem logo no momento após a alta hospitalar, quando as mães percebem que serão elas que assumirão o cuidado de seus filhos em casa, impactam diretamente os cuidados domiciliares do bebê. Estes sentimentos, portanto, desafiam a adaptação com os cuidados para com seus filhos ^(18,33).

Desafios emocionais na adaptação ao cuidado domiciliar

Conforme discutido anteriormente, a alta hospitalar é um momento de ambivalência para as mães e pode influenciar nos cuidados realizados por elas com seus filhos. Por esse motivo, a primeira semana da interação mãe-bebê em casa torna-se um momento conturbado para a adaptação com os cuidados do bebê, sendo que ela pode vivenciá-lo como algo muito difícil ^(14,29,34).

“Ai foi difícil, [...] foi bem difícil, eu tinha medo de dar banho na hora do banho porque era muito pequenininho, era muito magrinho, né, vestir roupa, pegar no colo né, essas coisas assim eu tinha bastante medo [...]” (M2).

“[...] no começo é meio difícil porque a gente fica meio perdido, mãe de primeira viagem [...] ele chorava bastante, reclamava bastante, teve bastante cólica [...]” (M3).

“Ai, a minha foi difícil, pra mim foi difícil, fora o primeiro susto quando ele nasceu até eu conseguir decifrar todos os choros dele foi difícil [...]” (M4).

Durante a internação do bebê na UTIN, a mãe é destituída de seu lugar de mãe de um bebê saudável. Neste momento ela ocupa a função de uma cuidadora de um bebê em condição de adoecimento. Esta função exercida pelas mães continua mesmo depois da alta hospitalar do recém-nascido. A mãe continua a ocupar a função que é mais médica do que maternal. Ela ainda não está em um estado de preocupação materna primária, conforme descrito pelo pediatra e psicanalista inglês Donald D. Winnicott, mas em um estado de preocupação médica em primazia^(19-22,35). Essa tensão vivida no seio familiar sobre como cuidar deste bebê demanda da mãe tempo para elaboração e criação de novos recursos para maternar.

Para além do medo com a criança prematura, outra dificuldade é a superproteção. As mães relatam começar a reparar em qualquer movimento realizado pelo bebê e ficam apreensivas quanto aos sinais vitais do bebê, principalmente a respiração. A superproteção materna pode ser um modo da mãe de conseguir estabelecer uma melhor relação de vínculo com o filho, sendo um mecanismo emocional para transpor as dificuldades e os seus sofrimentos ^(19,27,35).

“[...] assim, é o tempo todo, parece que cê tá... é o tempo todo em cima dele com cuidado, eu acho que por ele ter ficado na UTI tudo assim, eu fico muito em cima, porque eu tenho medo, cê fica naquela paranoia será que a respiração dele, ai, será que se eu cobrir demais vai fazer mal, será que ele vai respirar direitinho [...]” (M1).

“[...] pra dormir também eu colocava comigo na cama porque tinha que ver se tava respirando, eu tinha que ver que tava perto de mim, que tava tudo bem, a gente fica, acho que fica meio neurótica né, cê fica lembrando que tava no hospital aí cê fica se apavorando pensando que, ai meu Deus será que vai acontecer alguma coisa né, então a primeira semana foi bem difícil.” (M2).

Tal apreensão pode ser explicada devido às UTIN contarem com a presença de maquinários que verificam o tempo todo os sinais vitais de seus filhos, principalmente da frequência cardíaca e a saturação. Assim, a mãe e a família, ao ir para a casa sem todo este aparato, precisam ficar o tempo todo checando os sinais vitais da criança para aliviar esta angústia. Essa angústia seria justamente a busca pelo papel que Donald W. Winnicott chamará de mãe suficientemente boa. Podemos supor que as mães entrevistadas buscam inconscientemente preservar a sensação de continuidade de ser pessoal e do bebê, ou seja, preservar o bem-estar psicológico por meio da verificação constante da previsibilidade e segurança ambiental para a saúde física do bebê^(21,22,35).

Essa transição do cuidado tecnológico para o cuidado materno também envolve um processo de adaptação emocional, tanto para a mãe quanto para o bebê, marcado por sentimentos ambíguos de medo, responsabilidade e desejo de proteção. Nesse momento, pode emergir o que Winnicott descreve como o período de preocupação materna primária, em que a mãe se encontra profundamente sintonizada com o bebê, vivenciando uma sensibilidade ampliada às suas necessidades. Essa intensa dedicação, porém, é temporária e fundamental para que o bebê desenvolva a sensação de continuidade existencial e segurança básica^(21-22,35). Ao mesmo tempo, supomos que a vivência dessa fase, após a experiência da UTI, pode ser atravessada por ansiedades decorrentes da perda do suporte externo, o que torna importante que a mãe seja acolhida e validada em suas inseguranças. Esse acolhimento auxilia a restaurar sua confiança em sua capacidade de fornecer o ambiente suficientemente seguro para o bebê, favorecendo a construção de um vínculo afetivo saudável e a transição gradual para uma maternagem menos vigilante, mas ainda responsiva e amorosa ^(14,27,29,35).

Toda esta “paranoia”, como foi colocado por uma das mães, pode ser discutida ainda quando o RNPT está internado no hospital. A preparação adequada das mães para a alta do bebê deve ser realizada desde o momento da admissão. Sabe-se que para uma melhor preparação deve-se envolver a mãe em todos os cuidados prestados com o seu filho, de forma a tranquilizá-la para a chegada do momento da alta hospitalar^(4,7,14,31).

Esta preparação deve ocorrer de modo a retirar as possíveis dúvidas da mãe quanto aos cuidados com o recém-nascido, estimulando sempre a prática destes cuidados ainda durante a internação. Fala-se também sobre a importância da criação de programas de ensino que funcionem de forma individual, analisando cada caso separadamente. Dessa forma, boa parte deste sofrimento materno seria assistido antes mesmo de ter início^(4,7,14,31,33).

Também é importante ressaltar que a preparação das mães e familiares para receberem seus filhos em casa deve ser realizada por uma equipe interdisciplinar, que contribui em cada linha de atuação com esta mãe, desde cuidados gerais, uso de medicações, ensino de atividades para estimulação precoce, manejo das morbidades, cuidados na administração de dietas e acolhimento psicológico às suas necessidades afetivo-emocionais. Esta preparação pode facilitar os cuidados da mãe com seu filho e diminuir o impacto dos desafios quando este bebê estiver em casa ^(4,7,14,27,31-32).

Reorganização e ressignificação da rotina familiar

Considerando que a alta é um processo gradativo de adaptação dos cuidados com o bebê, após um tempo espera-se a ocorrência de uma reorganização e ressignificação desta família para o cuidado com este novo membro, que agora já está melhor inserido no cotidiano domiciliar. É neste momento que a mãe volta a assumir a preocupação materna primária^(21-22,35), conseguindo continuar e aprofundar a construção da relação e do vínculo mãe-bebê^(27,29).

“[...] é uma coisa assim especial né, é bom demais não tem nem o que falar [...] é especial, não tem nada de... de monstruoso, a gente vai aprendendo no dia a dia, a gente vai aprendendo.” (M1).

A cada dia as mães vão se reorganizando e ressignificando o vivido e passam a perceber que aqueles primeiros dias foram vencidos e que a partir de agora ela é a protagonista no cuidado, podendo desfrutar da interação com seu filho, e finalmente encontrar a satisfação necessária para um cuidado saudável e suficientemente bom. É neste momento que as mães se veem no controle da situação e restabelecem suas rotinas^(20,27,29,31).

“Agora a gente entrou numa rotina, né [...] agora tá tudo bem, já entrou tudo no eixo, tá tudo bem.” (M3).

Nesta etapa da experiência vivida as mães entrevistadas narram a ressignificação e simbolização dos dias que passaram na UTIN. Agora conseguem se sentir seguras e capazes de exercer o cuidado materno e estabelecer condições para um ambiente suficientemente bom, ou seja, um ambiente seguro, previsível e confiável para o desenvolvimento da criança^(21,22,35). Por se sentirem mais adaptadas com os cuidados de seus filhos, as mães vão cada vez necessitando de menos apoio de profissionais, familiares e/ou pessoas que as auxiliam. Passam agora a desenvolver mecanismos de enfrentamento da situação, que outrora foi um grande desafio ou até um problema para elas^(20,27,29).

“[...] Então, no começo foi difícil né, pra mim, assim, me acostumar a cuidar dele, tudo, eu precisava de ajuda da minha mãe, mais depois, agora to me adaptando, to ficando, assim, mais tempo sozinha com ele assim dando banho, fazendo as tarefas, assim, sem precisar da ajuda dos outros.” (M6).

Esta capacidade de enfrentamento das mães relacionada aos desafios anteriores pode ser entendida como o desenvolvimento de resiliência, que é a capacidade do indivíduo de adaptar-se a diferentes situações, ou seja, a capacidade de reestruturar-se⁽²⁰⁾. É, portanto, uma habilidade pessoal que deve ser incentivada ao indivíduo e sua família e acompanhada por profissionais de saúde no sentido de promover um melhor enfrentamento das situações desafiadoras ou difíceis na vida^(20,29,31,35).

Sendo assim, proporcionar um atendimento humanizado, singular e efetivo a estas mães durante todo o processo é fundamental. Desde a internação do bebê, passando pela preparação eficaz para a alta hospitalar, chegando até a alta propriamente dita e o acompanhamento pós-alta. Esse cuidado gerará resultados positivos tanto para as mães quanto para os recém-nascidos internados em UTIN^(20,27,29,31,35-37).

Existem técnicas que reforçam os cuidados da família no ambiente hospitalar e que auxiliam os

cuidadores a terem uma transição mais tranquila do hospital para a casa. Destaca-se a importância do Método Canguru, que, ao estimular o contato pele a pele entre pais e bebê, favorece a estabilidade clínica do recém-nascido, promove o desenvolvimento neuropsicomotor e amplia a confiança dos cuidadores⁽³⁸⁾. A inclusão precoce da família nos cuidados diários do bebê durante a internação, especialmente por meio dessas estratégias, é essencial para preparar os pais para a alta hospitalar, contribuindo para a autonomia materna e para a continuidade dos cuidados no domicílio de forma segura e afetiva.

É fundamental mencionar também sobre o cuidado em rede para a assistência ao recém-nascido de risco. Aqui destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na continuidade dos cuidados e o acompanhamento integral e do bebê e de sua família após a hospitalização.

Com isso, expõe-se que a enfermagem tem um papel essencial no processo de alta hospitalar de recém-nascidos prematuros internados na UTIN, atuando de maneira contínua desde a internação até o pós-alta. Os profissionais devem preparar as mães para assumirem os cuidados domiciliares, não apenas transmitir conhecimentos técnicos, mas também oferecer suporte emocional, reduzindo a ansiedade e promovendo a construção da confiança materna. Através da inclusão ativa das mães nos cuidados hospitalares e da orientação personalizada, a enfermagem contribui significativamente para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê e para o desenvolvimento da autonomia necessária à transição para o ambiente domiciliar. Essa atuação é fundamental para minimizar os impactos emocionais negativos associados à alta, favorecer a adaptação ao novo contexto familiar e estimular a resiliência das mães diante dos desafios do cuidado ao recém-nascido prematuro^(26,37).

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. Primeiramente, a amostra foi composta por apenas seis mães, o que restringe a possibilidade de generalização dos achados para outras populações. Além disso, a pesquisa foi realizada em um único hospital universitário do estado de São Paulo, limitando a abrangência geográfica e cultural dos resultados. Por fim, o recorte temporal da pesquisa, realizada no primeiro semestre de 2017, pode não refletir mudanças recentes nos protocolos de assistência neonatal e no suporte oferecido às mães após a alta hospitalar.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os achados deste estudo oferecem contribuições relevantes para a prática da enfermagem, a assistência em saúde e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao cuidado materno-infantil. Destaca-se a importância de uma abordagem interdisciplinar para a preparação das mães durante a internação neonatal, reforçando a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde para

fornecer suporte emocional e educacional. Os resultados também ressaltam a relevância da implementação de programas de orientação estruturados, que auxiliem as mães na transição do cuidado hospitalar para o domiciliar, reduzindo a ansiedade e promovendo maior segurança nos primeiros dias após a alta. Além disso, os dados evidenciam a necessidade de políticas públicas que ampliem o acompanhamento das famílias no pós-alta, com estratégias de suporte remoto ou presencial para garantir um cuidado contínuo e humanizado às mães e seus bebês prematuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que a alta hospitalar de recém-nascidos prematuros é um momento ambivalente para as mães, marcado pela alegria do retorno ao lar, mas também pelo medo, insegurança e sensação de incapacidade diante dos cuidados especiais exigidos. Esses sentimentos dificultam a adaptação ao cuidado domiciliar, reforçando a necessidade de uma atuação ativa da equipe interdisciplinar da UTIN no fortalecimento do vínculo mãe-bebê ainda durante a internação.

A preparação contínua e o suporte adequado proporcionados pela enfermagem são fundamentais para o desenvolvimento da resiliência materna e para a construção de uma rotina familiar reestruturada no pós-alta. Embora circunscritos a um pequeno grupo de mães do sudeste brasileiro, os achados deste estudo possibilitam refletir sobre a experiência materna no contexto da alta neonatal no país. Destaca-se a relevância de ações que incentivem a presença contínua das mães nas UTIN, promovendo seu protagonismo no cuidado e contribuindo para uma assistência verdadeiramente humanizada pelas equipes interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Ministério da Saúde. 2014. [citado 15 Mar 2025]; 1(2):1-193. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
2. Woodward LJ, Ludwig RJ, Gong A, Myers MM, Welch MG. Family Nurture Intervention and mother-preterm infant autonomic emotional connection in the neonatal intensive care unit: A review. *Acta Paediatrica*. 2024 [citado 15 Mar 2025];114(4):760-771. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.17456>
3. Smith VC, Love K, Goyer E. NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology*. 2022 [citado 05 Out 2025];42:7-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>
4. Ginsberg KH, Alsweiler J, Alyami M, Serlachius A. Mindfulness and relaxation-based interventions to reduce parental stress, anxiety and/or depressive symptoms in the neonatal intensive care unit: a systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2023

[citado 15 Mar 2025];30(2):387-402. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09902-8>

5. Litt JS, Campbell DE. High-risk infant follow-up after NICU discharge: current care models and future considerations. *Clinics in Perinatology*. 2023 [citado 05 Out 2025];50(1):225-238. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2022.11.004>
6. Belkin EM, Lerou PH, Vranceanu AM, Grunberg VA. "Each family has a story:" lived experiences of NICU families from staff perspectives. *Journal of Perinatology*. 2025 [citado 05 Out 2025]1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41372-025-02435-6>
7. Guttman K, Belkin E, Deming R, Lerou PH, Grunberg VA. Challenges and Solutions to Building Family-Staff Relationships in the NICU: A Qualitative Study. *Hospital Pediatrics*. 2025 [citado 05 Out 2025];15(9):738-747. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2024-008304>
8. Filippa M, Barcos-Munoz F, Monaci MG, Lordier L, Pereira Camejo M, Sa De Almeida J, et al. Maternal stress, depression, and attachment in the neonatal intensive care unit before and during the COVID pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2021 [citado 15 Mar 2025];12:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734640>
9. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013 [citado 15 Mar 2025];34(4):91-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400012>
10. Pereira CM, Avellar LZ. Implicações da pandemia de COVID-19 para mães e bebês internados em Unidade Neonatal: um olhar a partir da teoria de Winnicott. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2021 [citado 15 Mar 2025];23(2):13-29. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20210003>
11. Beam K, Sharma P, Levy P, Beam A. Artificial intelligence in the neonatal intensive care unit: the time is now. *Journal of Perinatology*. 2024 [citado 15 Mar 2025];44:131-135. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41372-023-01719-z>
12. Pereira FL, Góes FSN, Fonseca LMM, Scochi CGS, Castral TC, Leite AM. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013 [citado 15 Mar 2025]; 47(6):1272-1278. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600003>
13. Santos BR, Orsi KCSC, Balieiro MMFG, Sato MH, Kakehashi TY, Pinheiro EM. Efeito do "horário do soninho" para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. *Escola Anna Nery*. 2015 [citado 15 Mar 2025];19(1):102-106. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150014>
14. Costa KF, Alves VH, Dames LJP, Rodrigues DP, Barbosa MTSR, Souza RRB. Manejo clínico da

- dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. *Journal of Research Fundamental Care*. 2016 [citado 15 Mar 2025];8(1):3758-3769. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3758-3769>
15. Miranda AM, Scochi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Fonseca LMM, Leite AM. O uso de tecido flanelado sobre incubadoras: repercussão nos níveis de ruído. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2016 [citado 15 Mar 2025];15(1):19-26. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.24407>
 16. Jordão KR, Pinto LA, Machado LR, Costa LBVL, Trajano ETL. Possíveis fatores estressantes na UTIN em hospital universitário. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2016 [citado 15 Mar 2025];28(3):310-314. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160041>
 17. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Vivências de mães de bebês prematuros do nascimento a alta. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017 [citado 15 Mar 2025];38(2):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
 18. Adama EA, Adua E, Bayes S, Mörelius E. Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2021 [citado 15 Mar 2025]; 31(5-6):532-547. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
 19. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista enfermagem UERJ*. 2014 [citado 15 Mar 2025]; 22(4):551-557. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/15422>
 20. Carvalho NAR, Santos JDM, Sales IMM, Araújo AAC, Sousa AS, Moraes FF, et al. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. *Acta paulista de enfermagem*. 2021 [citado 15 Mar 2025];34:1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02503>
 21. Dias FC, Fulgêncio L. A esperança dança na corda bamba de sombrinha: o lar comum, a guerra, a democracia e D. W. Winnicott. *Jornal de Psicanálise*. 2024 [citado 15 Mar 2025];57(106):93-107. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-5835.v57n106.07>
 22. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
 23. Haeusslein L, Gano D, Gay CL, Kriz RM, Bisgaard R, Vega M, et al. Relationship between social support and post-discharge mental health symptoms in mothers of preterm infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2023 [citado 26 Abr 2025];41(3):260-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1984404>.
 24. Maluni J, Oluoch D, Molyneux S, Boga M, Jones C, Murila F, et al. After neonatal care, what next? A qualitative study of mothers' post-discharge experiences after premature birth in Kenya.


- International Journal for Equity in Health. 2025 [citado 26 Abr 2025];24:17. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02340-y>.
25. Franck LS, Axelin A, Van Veenendaal NR, Bacchini F. Improving neonatal intensive care unit quality and safety with family-centered care. *Clinics in Perinatology*. 2023 [citado 15 Mar 2025];50(2):449-472. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2023.01.007>
26. Reis CR, Viana JA, Lopes SM, Soares WSCN, Leite CL. Hospital humanization with a focus on Nursing care for premature newborns in a Neonatal Intensive Care Unit: a narrative literature review. *Research, Society and Development*. 2021 [citado 15 Mar 2025];50(2);10(15):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22686>
27. Moraes AS, Aguiar RS. Dificuldades com a amamentação de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista JRG*. 2021 [citado 15 Mar 2025];4(8):252-263. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4639578>
28. Silva CG da, Fujinaga CI, Brek EF, Valenga F. Cuidados com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar: investigação das demandas familiares. *Saúde e Pesquisa*. 2021 [citado 15 Mar 2025];14(2):289-297. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n2e9035>
29. Bolan N, Cowgill KD, Walker K, Kak L, Shaver T, Moxon S, et al. Human resources for health-related challenges to ensuring quality newborn care in low- and middle-income countries: A scoping review. *Global Health: Science and Practice*. 2021 [citado 15 Mar 2025];9(1):160-176. Disponível em: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00362>
30. Dias NM, Cordeiro LRM, Giroux SS, et al. Dinâmica de uso de polvos de crochê em recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2024 [citado 15 Mar 2025];24(5):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e15131.2024>
31. Phillips-Pula L, McGrath JM, Brown LF, Dusing SC. Caring for a Preterm Infant at Home: A Mother's Perspective. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2013 [citado 15 Mar 2025];27(4):335-344. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jpn.0b013e3182a983be>
32. Raines DA. Preparing for NICU Discharge: Mothers' Concerns. *Neonatal Network*. 2013 [citado 15 Mar 2025];32(6):399-403. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.32.6.399>
33. Marciano RP. Representações maternas acerca do nascimento prematuro. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2017 [citado 15 Mar 2025];20(1):143-164. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009
34. Felgueiras MCMA, Graça LCC. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013 [citado 15 Mar 2025];3(11):77-84. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/rrii12136>

35. Leão LCS, Silva LR, Lopes RCS. Da UTI Neo para casa: vivências maternas na pré-alta do bebê prematuro. *Psicologia em Estudo*. 2017 [citado 15 Mar 2025];22(2):153-164. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v22i2.33880>
36. Ma RH, Zhang Q, Ni ZH, Lv HT. Transitional care experiences of caregivers of preterm infants hospitalized in a neonatal intensive care unit: A qualitative descriptive study. *NursingOpen*. 2021 [citado 15 Mar 2025];9:3484–3494. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.899>
37. Konukbay D, Vural M, Yildiz D. Parental stress and nurse-parent support in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2024 [citado 15 Mar 2025];23(820):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02458-y>
38. Pavlyshyn H, Sarapuk I, Casper C, Makieieva N. Kangaroo mother care can improve the short-term outcomes of very preterm infants. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2020 [citado 15 Mar 2025];14(1):21-28. <https://doi.org/10.3233/NPM-200455>
39. Evensen KAI, Aakvik KAD, Hollund IMH, Skranes J, Brubakk AM, Indredavik MS. Multidisciplinary and neuroimaging findings in preterm born very low birthweight individuals from birth to 28 years of age: a systematic review of a Norwegian prospective cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2022;36(5):726-735. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppe.12890>
40. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Agradecimentos: Não há.

Financiamento: Não há.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho da pesquisa: Abner Pereira de Almeida, Elis Regina Varalda Rodrigues. Obtenção de dados: Abner Pereira de Almeida. Análise e interpretação dos dados: Abner Pereira de Almeida, Elis Regina Varalda Rodrigues, Eduardo Bueno de Faria, Antonio Richard Carias. Redação do manuscrito: Abner Pereira de Almeida, Eduardo Bueno de Faria, Antonio Richard Carias. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Eduardo Bueno de Faria, Antonio Richard Carias.

Editor Associado: Fernanda Gontijo Araújo 
Editor-chefe: André Luiz Silva Alvim 