

Separação inevitável do binômio mãe-bebê no pós-parto imediato na perspectiva materna

Bruna Figueiredo Manzo ¹

Anna Caroline Leite Costa ²

Miriã Diniz Silva ³

Danúbia Mariane Barbosa Jardim ⁴

Laiana Otto da Costa ⁵

¹⁻³ Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30.130-100. E-mail:brunaamancio@yahoo.com.br

^{4,5} Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

Objetivos: compreender o processo de separação inevitável da mãe e o bebê no pós-parto imediato na perspectiva materna.

Métodos: trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de entrevista com 15 mães que foram separadas de seus filhos no pós-parto, em uma maternidade pública em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Foi usada a análise de conteúdo para interpretação dos dados.

Resultados: evidenciou-se por meio das categorias “Sentimentos e percepções maternas frente à separação do filho no pós parto” e “Percepção das mulheres sobre a atuação dos profissionais de saúde no momento da separação e a presença de seus acompanhantes” as contradições de sentimentos e desafios vivenciados pelas mães diante da separação, como a alegria pelo nascimento do filho seguido da angústia por ter que se separar desse e o medo de perde-lo. O trabalho da equipe de saúde assume um papel relevante para o enfrentamento das dificuldades e superação desses desafios.

Conclusão: percebe-se a necessidade de avançar na dimensão cuidadora das ações em saúde, a fim de oferecer um atendimento direcionado às reais necessidades dessas mães e minorar impactos negativos dessa separação.

Palavras-chave *Enfermagem obstétrica, Relações materno-fetais, Parto humanizado, Complicações do trabalho de parto*



Introdução

A gestação e o nascimento de um filho são eventos sociais que permeiam a vivência reprodutiva da mulher, e que resulta em um momento marcante na vida dos que participam desse contexto. Essa experiência é composta por alterações físicas, psíquicas, econômicas e sociais que não se restringem apenas ao momento do parto, mas que também envolvem legados inter e transgeracionais, o parceiro, a família e a comunidade.^{1,2}

Sob o ponto de vista da mãe que dá à luz, o período de pós-parto imediato é considerado precursor do apego. Assim, é a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu bebê e iniciar o exercício social da maternidade, ocorrendo uma espécie de encerramento do processo gestacional.³

No puerpério, a mulher vivencia as adaptações psico-orgânicas. Em alguns casos, as experiências negativas e instabilidades emocionais vivenciadas por ela, podem contribuir para o desenvolvimento de situações patológicas como, por exemplo, depressão puerperal, não aceitação do filho e distúrbios de auto-imagem.⁴ Assim, a consolidação dos laços afetivos entre mãe e filho e dos familiares contribuem para a prevenção de agravos e doenças dessa origem.⁴

Com o intuito de melhorar a qualidade da atenção às mulheres nesse período de instabilidade, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu, no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como principal objetivo reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal e garantir qualidade e humanização da assistência ao parto e ao puerpério.⁵

Assim, estudiosos da área ressaltam a necessidade de promover uma assistência de qualidade durante o processo gravídico-puerperal, buscando a humanização do parto e nascimento.⁵ Dentro dessa perspectiva surge a preocupação de o recém-nascido ser recebido com respeito e carinho, além do cuidado com as demandas maternas nesse momento.⁶

Uma das estratégias que vai ao encontro à esses pressupostos é o contato pele-a-pele do recém-nascido com a mãe logo após o nascimento. Esse contato favorece o laço afetivo entre mãe e filho e determina desfechos relevantes para os processos fisiológicos maternos, como a dequitação da placenta, a diminuição da loquiação, a estimulação da produção de leite e amamentação, além de amenizar o impacto do recém-nascido entre o mundo

intra e extrauterino.^{4,7}

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), ao constituir diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), preconizou que o contato pele-a-pele imediato e contínuo deve ser assegurado em todos os casos de RN saudável.⁵ Porém, é preciso enfatizar que ainda assim, algumas crianças que nascem saudáveis têm sofrido a separação das suas mães, imposta sem justificativas, por profissionais que as assistem, contrariando a lógica da atenção integral e humanizada.

Em situações especiais de complicações maternas e neonatais, oriundas de uma gestação de alto risco ou não, pode ser constatada uma vitalidade prejudicada do bebê. Esse fato pode, por sua vez, impedir a realização do contato pele-a-pele e interferir no protagonismo da mulher como parturiente.⁸ Nessa situação, habitualmente o recém-nascido é separado da mãe para ser avaliado e, se necessário, ser submetido à intervenções por parte da equipe de saúde. Este tipo de separação é o foco deste estudo.

Nos casos em que não é possível oferecer o contato pele-a-pele logo após o parto, é importante que esse seja retomado à medida que mãe e filho estiverem em condições físicas e emocionais reestabelecidas, devendo ser prolongado para suprir às necessidades de ambas as partes. Portanto, se faz necessário, o esforço de todos os envolvidos no cenário para auxiliar na manutenção desse vínculo iniciado na gestação.⁶

Profissionais de saúde atuantes no processo de parturição são agentes importantes para favorecer o estímulo ao contato precoce entre mãe e filho, oferecendo um cuidado integral que inclua os cuidados prestados para o estabelecimento da homeostase fisiológica, mas que também atenda às demandas relacionadas à subjetividade feminina e à significação da maternidade.^{2,3}

A relevância desse estudo se deve à recorrência de partos prematuros ou de situações de instabilidade clínica de recém-nascidos, que em muitos casos resultam na separação inevitável do binômio. Desse modo, compreender essa experiência é de fundamental importância para favorecer uma assistência humanizada e acolhedora de acordo com as necessidades apresentadas por essas mulheres.

A produção de conhecimento nesse âmbito torna-se necessária para o fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde que priorizem a assistência à mulher, ao recém-nascido e à família nesse momento cercado pelo improvável e pelo imprevisível. Este estudo tem como objetivo compreender o processo de separação inevitável da

mãe e o bebê no pós-parto imediato na perspectiva materna.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que permite desvelar processos sociais, construir novas abordagens, revisar e criar conceitos e categorias durante a investigação. Trabalha com significados, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.⁹

A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade filantrópica em Belo Horizonte, com atendimento integral ao Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo os indicadores da instituição, no ano de 2015 foram realizados 11.473 partos, 78% dos partos normais realizados por enfermeiras obstétricas e 22% assistidos pelo médico-obstetra. A taxa de cesárea foi de 24%.¹⁰ Ressalta-se que, nesse cenário, é protocolo que os neonatos saudáveis fiquem com as mães imediatamente após o nascimento e que não se separem.

As participantes deste estudo foram 15 mães separadas de seus bebês logo após o parto, devido ao desequilíbrio na vitalidade do bebê. Foram incluídas mães que vivenciaram a separação do filho no pós-parto imediato. Não houve recusas maternas em participar do estudo. Para definir o número de sujeitos entrevistados, foi usada a saturação de dados a fim de cessar a inclusão de novos participantes, no momento em que os dados coletados apresentarem redundância, segundo o pesquisador, e em que já havia a compreensão do fenômeno investigado.¹¹

A coleta de dados foi feita no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015, norteada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, além de consulta aos prontuários para colher as causas das separações e a história clínica das mulheres. As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas e analisadas, de acordo com o referencial metodológico da análise qualitativa de conteúdo. Este tipo de análise apresenta vasta aplicabilidade, permitindo a utilização de técnicas integradas, incluindo abordagens interpretativas e intuitivas.¹² É definido como um método de pesquisa, utilizado para a análise e interpretação subjetiva de um fenômeno ainda não suficientemente estudado, mantendo o rigor científico.

Em sua modalidade convencional, as categorias derivam dos dados obtidos pelas entrevistas, trazendo informações diretas dos sujeitos de conteúdo. Apresenta três fases distintas: pré-análise,

exploração do material e tratamento dos resultados.¹² A pré-análise é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Concluída a primeira fase, inicia-se a exploração do material, que constitui a segunda fase na qual ocorre a construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registro e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. A terceira fase compreende o tratamento dos resultados e interpretação, constituindo em captar os conteúdos manifestos verificados nas entrevistas.¹²

Visando o anonimato, as entrevistadas foram codificadas pela letra A, seguida de um número para representar a ordem de participação variando de 1 a 15, por exemplo: A1 (Entrevistado1). Este estudo respeita os princípios éticos e possui aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o parecer CAAE de nº: 33611314.5.0000.5132.

Resultados

O perfil das entrevistadas foi 15 mulheres (100%), sendo que dessas, sete estavam vivenciando a experiência da maternidade pela primeira vez – com exceção de uma, que havia tido um aborto anterior – enquanto oito tinham dois ou mais filhos. A idade da amostra variou de 20 a 26 anos, e todas relataram ter cursado ensino médio completo. Todas as participantes declararam que a gestação foi planejada, fizeram pré-natal e viviam com seus companheiros. Entre as 15 participantes, 10 tiveram partos normais e 5 tiveram indicação com justificativa para cesariana.

Deve-se ressaltar que essas mães foram separadas de seus bebês logo após o parto por condições de instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória das crianças. As causas foram diversas, sendo as mais prevalentes a prematuridade e o estado fetal não tranquilizador do bebê o que é considerado quando há a interrupção da transferência de oxigênio do ambiente para o feto.¹³

A partir da análise das entrevistas, foi possível apreender as seguintes categorias: 1) Sentimentos e percepções maternas frente à separação do filho no pós parto e 2) Percepção das mulheres frente a atuação dos profissionais de saúde e a presença de seus acompanhantes.

Sentimentos e percepções maternas frente à separação do filho no pós parto

As entrevistadas expressaram o desejo e o sonho de

vivenciar a maternidade, seguido da quebra da expectativa por se separar do filho após o nascimento, como pode ser observado no depoimento a seguir:

Foi difícil (...) era o meu sonho, ter meu bebê nos meus braços, poder dar a primeira amamentação para ele (...) (A2).

A gente fica ali sonhando porque a gente levou dez anos para ter filho aí quando engravida que vem, você tem que ficar separada. (A13).

Por sua vez, quando o sonho não foi realizado e o desfecho não foi o esperado, surgiram sentimentos como a frustração, tristeza e angústia devido à quebra das expectativas criadas. Esse sentimento ficou explícito no depoimento a seguir:

(...) eu esperei tantos meses para ficar com ela e quando eu achei que ia pegar ela, eles levaram, porque ela estava com dificuldade para respirar (...) (A6).

(...) achei que nascia e a gente já podia ficar com ela (...) fiquei até agora ainda com aquele vazio (...) nossa, eu nem escutei o primeiro choro, porque ela não chegou a chorar lá na sala de parto (A11).

As mães expressaram o sentimento de angústia de não poder viver o momento esperado de sentir seu filho em seu colo pela necessidade da equipe em realizar intervenções:

(...) eu via ela chorando e já levaram ela para um lugarzinho e começaram a limpar ela, depois eles colocaram ela do meu lado rapidinho, mas como não podia levantar a cabeça, né, vi assim ela, nem vi ela direito e foi muito rápido, então assim, foi muito ruim. Eu tinha uma expectativa maior de ficar com ela, de poder abraçar (A6).

Nesse sentido, as mães ressaltaram que, além da quebra da expectativa de permanecer com seu bebê após o parto, surgiu também o sentimento de angústia relacionado ao medo de perder seus filhos, como relatado abaixo:

(...) Imaginei, eu estou perdendo meu filho (...) não quero perder (...) fiquei com muito medo, só imaginando, chorando, pedindo a Deus para salvar meu filho (A4).

Adicionado ao medo da perda, evidenciou-se também uma intensa preocupação e incertezas frente ao desconhecido, como pode-se perceber nos depoimentos:

A primeira coisa eu perguntei, como está o meu filho? Gente fala comigo pelo amor de Deus, fala comigo!! (A4)

(...) dá uma sensação estranha, nossa o que vai acontecer com eles agora, até eu chegar lá em cima para saber como é que foi (...) eu fiquei bem assustada, só na expectativa de saber o que eles iam fazer com os meninos (A5).

Eu estava preocupada dela morrer, nossa senhora. Nooh, meu Deus do céu, minha primeira filha (A14).

Percepção das mulheres sobre a atuação dos profissionais de saúde no momento da separação e a presença de seus acompanhantes

Notou-se que, a maneira pela qual a mãe e bebê são assistidos pelos profissionais de saúde, repercute em uma separação menos traumática para ambas as partes, como podemos notar em:

Eu queria só que ele tivesse ficado perto, né? Mas ele foi atendido bem, graças a Deus, levado pra UTI, foi tudo rápido pra ele, graças a Deus tá bem [...] (A6).

(...) a gente vê todo mundo com os bebês no colo, eu também queria tá com a minha, só que como ela está bem melhor lá (UTI) então, espero daqui a pouco ela (...) esteja comigo também (A8).

Nas falas, percebeu-se que, até mesmo a transferência da criança para unidade de terapia intensiva, que é tida como local destinado a pacientes com risco de morte, pode ter reflexos amenizados quando o atendimento transcorre de forma respeitosa.

Porém, em alguns relatos, percebeu-se a insegurança e dúvidas maternas relativas aos procedimentos invasivos realizados ao bebê, como foi retratado a seguir:

(...) quando eu vi colocando ela no capacete lá (...) tipo assim, eu fiquei com medo (...) fiquei pensando, uai gente será que ela engoliu o líquido? (A7)

Assim, durante as entrevistas observou-se divergências sobre a percepção das mulheres frente aos profissionais que as assistiram no processo de parto e nascimento. A puérpera do relato abaixo identifica os profissionais como alguém que pode contribuir para amenizar a angústia desse processo que é permeado por sentimentos diversos.

Eles conversaram comigo o tempo todo (...) conversou bastante, eles mostraram tranquilidade o tempo todo. Aí acaba passando tranquilidade para gente também (A5).

Diante disso, nota-se que esse momento da separação exige que o profissional de saúde inclua essa mãe e seu acompanhante nos cuidados realizados a esse RN, explicando cada procedimento realizado, minimizando assim a angústia e o medo, como pode ser vislumbrado em:

(...) aí a moça foi me explicando, que não, que ela nasceu com um pouquinho de falta de ar, por causa do parto (...)
(A7)

Neste estudo, também ficou evidenciado que não foram todas as mães que tiveram a percepção positiva em relação ao profissional durante a assistência. Houve relatos, inclusive, de insatisfação ao processo de trabalho de parto, apresentando queixas em relação à demora do seu processo de indução e da assistência prestada por profissionais específicos.

(...) uma enfermeira, a noite, a moreninha, eu esqueci o nome dela, ela era muito gente boa, eu pedi ela ajuda, ela me ajudou (...) correu atrás, agora a outra loira falou que ia me ajudar (...) com exercício, com isso e com aquilo, com um monte de coisas, não me ajudou (...) (A7).

No que diz respeito à presença do acompanhante durante todo o momento, as mulheres relataram maior confiança e sentiram-se apoiadas com a presença deles. Como desvela a puérpera a seguir:

E o meu acompanhante era meu marido, ele a todo momento ficou conversando comigo, perguntando se eu estava bem, se eu estava sentindo alguma coisa (...) (A6)

Discussão

Os resultados apresentados vão ao encontro aos achados evidenciados por outros estudos, enfatizando que, quando ocorre o desfecho inesperado, a maioria das mães manifestam medo, ansiedade e insegurança frente ao bebê em situação de fragilidade, diante a perda do bebê idealizado até o momento do parto.^{14,15}

Assim, os pesquisadores afirmam que apenas as famílias que vivenciam o processo de risco de vida de um filho conhecem a dimensão de se viver essa experiência angustiante. Esse sentimento se torna forte desde o momento do parto, principalmente quando há algum diagnóstico desfavorável prévio ou quando se trata de um filho prematuro.¹⁵ Demais pesquisadores concordam com essa ideia e descrevem que toda mãe sente o medo da perda, pois, sabem que não se pode prever o desfecho que poderá ser positivo ou negativo.¹⁶

Assim, percebeu-se a ambivalência de sentimentos vividos por essas mulheres durante o processo de parto e nascimento de seus filhos. Tanto a expectativa de ter o filho quanto o medo de perdê-lo são elementos expressivos que surgem juntamente com o temor de possíveis consequências ao bebê em razão do nascimento prematuro ou outras comorbidades.¹⁷

Nesse sentido, os sentimentos negativos podem ser suavizados a partir do momento em que a família conhece melhor os procedimentos que estão sendo realizados com o seu bebê e posteriormente começa a desmistificar a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), compreendendo seus símbolos e significados e passam a enxergar o setor como um lugar seguro para eles.¹⁴ Nesse cenário, os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, precisam acompanhar o processo de inserção da família no ambiente da UTIN, capacitando-a para a coparticipação no cuidado da criança, respeitando os seus momentos de estresse, ansiedade e angústia, proporcionando o fortalecimento do vínculo do binômio e a prestação de cuidado humanizado, seguro e integral.¹⁸

Portanto, nos casos em que o vínculo entre o binômio foi interrompido logo após o parto, devido ao desequilíbrio na vitalidade do bebê, tão logo estabilizadas as suas condições, o contato deve ser estimulado por meio do incentivo do profissional aos cuidados maternos diários ao bebê, como no momento do seu banho e da alimentação. Assim, a mãe deixa de ser mera expectadora e passa a participar dos cuidados realizados com seu bebê.^{19,20}

Desse modo, a assistência proporcionada pelos profissionais no momento da separação podem atenuar medos, angústias e inseguranças, além de contribuir para que o laço mãe-filho sejam restabelecidos pelo toque e contato pele a pele assim que possível, amenizando os transtornos da separação abrupta do binômio logo após o nascimento.¹⁶

Apoiando esses achados tem sido reiterado que a atitude do profissional é fundamental para minimizar a insegurança materna diante da separação de seu filho, visto que o cuidado individual e integral ao binômio deve ser oferecido, junto a uma abordagem empática com o intuito de proporcionar o bem estar da parturiente e do seu recém-nascido, envolvendo a família nesse processo.⁸

Assim, o processo do parto e nascimento exige atenção do profissional, acolhimento à cliente, formação de vínculo e habilidade de comunicação, características que poderão resultar em um parto menos traumático e doloroso, independentemente da via, e assim favorecer o vínculo entre a mãe e o

recém-nascido mesmo nas situações diversas.⁸

No entanto, conforme o cotidiano de assistência aos bebês internados logo após o parto, observou-se que mesmo a equipe multiprofissional realizando orientações às mães e suas famílias sobre as condições do bebê, as reações maternas podem ser diferentes diante desse processo vivido.¹⁶

No que se refere à presença do acompanhante de livre escolha da mulher, o trabalho de vários autores corroboram os relatos apresentados pelas puérperas, e afirmam que esse apoio durante o processo do nascimento contribui para o bem-estar físico e emocional da mulher. O acompanhante fornece suporte emocional, conforto e encorajamento, minimizando os sentimentos de solidão, medo, ansiedade e estresse causados pela vulnerabilidade da parturiente.^{21,22}

Assim, viver esse momento juntamente com o parceiro ou alguém com quem a mulher tenha um laço afetivo, trará fortalecimento de suas relações.²³⁻²⁵

Para que esses benefícios sejam garantidos, em 2005 foi sancionada a lei nº 11108, que estabelece que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS ou da rede privada, ficam obrigados a permitir a presença, de um acompanhante de escolha da mulher durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.²⁶

Considerações finais

Por meio dos relatos maternos foi possível perceber as contradições e os desafios vivenciados pelas mães diante da separação do binômio mãe-filho, que

vivenciaram dentre tantos sentimentos, a alegria da chegada do filho e o medo da perda; o desejo de abraçá-los e permanecer ao lado e compreensão acerca da necessidade do afastamento.

Portanto, cabe aos profissionais procurarem minimizar os efeitos e traumas da separação precoce entre mãe e filho, agindo como facilitadores do contato pele-a-pele e do apego entre mãe e bebê. A inclusão do acompanhante nesse processo pode impactar nos sentimentos vividos por essas mulheres, uma vez que o suporte dos profissionais atrelado à dos familiares pode aumentar os sentimentos de segurança e trazer maior tranquilidade num momento permeado por angústias, medos e tristezas.

É necessário que os sentimentos e experiências relatadas pelas mulheres diante da situação de separação, sejam considerados pelos profissionais de saúde no momento da assistência, para que esses possam suprir as demandas delas e assim minorar os traumas gerados pela separação do binômio mãe-filho.

Espera-se que os resultados encontrados neste estudo possam contribuir para o aumento da qualidade na assistência às mulheres na situação de separação pós-parto do seu filho, norteando os profissionais para melhor assistirem à mulher e ao recém-nascido, quanto às suas reais necessidades.

Por outro lado novos estudos que abordem essa temática são necessários a fim de sustentar e ampliar a discussão podendo provocar mudanças na prática. Sugere-se que o tema seja discutido rotineiramente pelos profissionais da área, e que faça parte da formação acadêmica dos mesmos.

Referências

1. Santos KD, Motta IF. O significado da maternidade na trajetória de três jovens mães: um estudo psicanalítico. *Estud Psicol. (Campinas)*. 2014; 31 (4): 517-25.
2. Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúch Enferm*. 2010; 31 (3): 521-8.
3. Rosa R, Liceski BG, Marisa MM, Martins FE, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. Esc Anna Nery*. 2010; 14 (1): 105-12.
4. Moore ER, AndersonGC, Bergman N. Contato piel-ápiel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2007; n. 1: 1-60.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de Maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 08 maio 2014: Seção 1. [acesso em 1 fev 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html
6. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63 (6): 998-1004.
7. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery*. 2015; 19 (1): 181-6.
8. Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2013; 5 (4): 743-54.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

10. Hospital Sofia Feldman. O hospital [internet]. Belo Horizonte: HSF, 2015 [acesso em 1 fev 2018]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (2): 389-94.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70 ed. Lisboa (PT): LDA; 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação: Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Brasília, DF, 2016. [acesso em 1 fev 2018]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
14. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010; 12: 133-9.
15. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. *Esc Anna Nery*. 2012; 16 (2): 219-26.
16. Botêlho SM, Boery RNSO, Vilela ABA, Santos WS, Pinto LS, Ribeiro VM, Machado JC. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. *Rev Esc Enferm. USP*. 2012; 46 (4): 929-34.
17. Araújo BBM, Rodrigues BMRD. Alojamento de mães de recém-nascido prematuro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14 (2): 284-92.
18. Sousa FCP, Montenegro LC, Goveia VR, Corrêa AR, Rocha PK, Manzo BF. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26 (3): e01180016.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – 2. ed. – Brasília, DF, 2012*. [acesso em 1 fev 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
20. World Health Organization (WHO); United Nations Children's Fund (UNICEF). *Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1. Background and Implementation*. Geneva; 2009. [acesso em 1 fev 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf
21. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery*. 2014; (18) 2: 262-9.
22. Jardim DMB. *Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
23. Missonnier S, Solis-Ponton L. Parentalidad y embarazo: convertirse en madre, convertirse en padre: las interacciones entre los padres y su hijo antes del nacimiento. In: Solis-Ponton L, organizador. *La parentalidad: desafíos para el tercer milênio*. México: Manual Moderno; 2004. p. 75-92.
24. Hodnett ED, Simon G, Justus HG, Carol S. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; p. 1-173.
25. M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *J Neonatal Nurs*. 2011; 17 (1): 32-40.
26. Brasil. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*, Brasília (DF). 7 abr 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

Recebido em 16 de Fevereiro de 2018

Versão final apresentada em 6 de Junho de 2018

Aprovado em 18 de Julho de 2018