

As experiências de mães de bebês prematuros extremos junto ao “ventre de vidro”

The experiences of mothers of extremely premature babies with the “glass womb”

Las experiencias de madres de bebés prematuros extremos junto al “vientre de vidrio”

Les expériences des mères de bébés extrêmement prématurés chez “l’utérus de verre”

 10.5020/23590777.rs.v24i2.e14097

Carla Beatriz Haeser Ramirez  

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Tagma Donelli  

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo

A relação mãe e bebê, seus vínculos e aspectos emocionais têm sido terreno fértil para estudos no campo da psicologia. A maternidade, geralmente, traz à mulher mudanças tanto físicas como emocionais, despertadas ainda na gestação. Entretanto, a interrupção da gestação em virtude de um parto prematuro, pode vir acompanhada por sentimentos adversos, ao se deparar com a fragilidade do bebê, visto que a prematuridade pode colocar em risco a vida do pré-termo. O presente estudo teve por objetivo compreender as experiências maternas de ter um bebê prematuro extremo internado em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Optou-se por um delineamento qualitativo, exploratório e de caráter transversal. As participantes da pesquisa foram quatro mães de bebês prematuros extremos internados em uma UTIN de um hospital da cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. O instrumento utilizado nessa pesquisa foi uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro preestabelecido, contendo perguntas sociodemográficas e perguntas sobre as vivências maternas que visaram responder aos objetivos desse estudo. Para a análise de dados foi realizada a transcrição das entrevistas e os dados coletados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática. Este estudo confirmou que, diante da prematuridade extrema, as mães experimentam um misto de emoções, como angústia, culpa, desespero, sendo a principal delas o medo da perda de seus bebês. Constatou-se que a incubadora foi considerada pelas mães deste estudo como uma grande aliada para a sobrevivência e o desenvolvimento dos seus filhos.

Palavras-chave: relação mãe-bebê, prematuridade, nascimento prematuro, UTI Neonatal

Abstract

The mother and baby relationship, their bonds and emotional aspects, have been fertile ground for studies in the field of psychology. Motherhood usually brings to women both physical and emotional changes, awakened during pregnancy. However, the interruption of pregnancy due to a premature birth can be accompanied by adverse feelings, when faced with the fragility of the baby, since prematurity can endanger the life of the preterm. The present study aimed to understand the maternal experience of having an extremely premature baby hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). A qualitative, exploratory and transversal design was chosen. The research participants were four mothers of extremely premature babies admitted to a NICU of a hospital in the city of Porto Alegre, in the state of Rio Grande do Sul. The instrument used in this research was a semi-structured interview, guided by a pre-established script containing sociodemographic questions and questions about maternal experiences that aimed to respond to the objectives of this study. For the data analysis, the interviews were transcribed and the data collected were worked from the content analysis, in the thematic modality. This study confirmed that, in the face of extreme prematurity, mothers experience a mix of emotions, such as anguish, guilt, despair, the

main one being the fear of losing their babies. It was found that the incubator is considered by the mothers of this study as a great ally for the survival and development of their children.

Keywords: mother-infant relationship, prematurity, premature birth, Neonatal ICU

Resumen

La relación madre-bebé, sus vínculos y aspectos afectivos, han sido terreno fértil para los estudios en el campo de la Psicología. La maternidad suele traer a la mujer cambios tanto físicos como emocionales, despertados durante el embarazo. Sin embargo, la interrupción del embarazo por parto prematuro puede estar acompañada de sentimientos adversos, ante la fragilidad del bebé, ya que la prematuridad puede poner en riesgo la vida del prematuro. El presente estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia materna de tener un bebé extremadamente prematuro internado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se optó por un diseño cualitativo, exploratorio y transversal. Los participantes de la investigación fueron cuatro madres de prematuros extremos hospitalizados en una UCIN de un hospital de la ciudad de Porto Alegre, en el estado de Rio Grande do Sul. El instrumento utilizado en esta investigación fue una entrevista semiestructurada, guiada por un guión preestablecido que contenía preguntas sociodemográficas y sobre experiencias maternas que pretendían responder a los objetivos de este estudio. Para el análisis de los datos, se transcribieron las entrevistas y los datos recolectados se procesaron a partir del análisis de contenido, en la modalidad temática. Este estudio confirmó que, ante la prematuridad extrema, las madres experimentan una mezcla de emociones, como angustia, culpa, desesperación, siendo la principal el miedo a perder a sus bebés. Se constató que la incubadora fue considerada por las madres de este estudio como un gran aliado para la supervivencia y desarrollo de sus hijos.

Palabras clave: relación madre-hijo, precocidade, nacimiento prematuro, UCI neonatal

Résumé

La relation mère-enfant, leurs liens et leurs aspects émotionnels, ont été un terrain fertile pour les études dans le domaine de la psychologie. La maternité apporte généralement aux femmes des changements physiques et émotionnels, réveillés pendant la grossesse. Cependant, l'interruption de grossesse due à un accouchement prématuré peut s'accompagner de sentiments négatifs, face à la fragilité du bébé, car la prématurité peut mettre en danger la vie du prématuré. La présente étude visait à comprendre l'expérience maternelle d'avoir un bébé extrêmement prématuré hospitalisé dans une unité de soins intensifs néonatales (USIN). Une conception qualitative, exploratoire et transversale a été choisie. Les participants à la recherche étaient quatre mères de bébés extrêmement prématurés hospitalisés dans une USIN d'un hôpital de la ville de Porto Alegre, dans l'État de Rio Grande do Sul. L'instrument utilisé dans cette recherche était un entretien semi-structuré, guidé par un scénario préétabli contenant des questions sociodémographiques et des questions sur les expériences maternelles visant à répondre aux objectifs de cette étude. Pour l'analyse des données, les entretiens ont été transcrits et les données recueillies ont été traitées à partir des analyse de contenu, dans la modalité thématique. Cette étude a confirmé que, face à l'extrême prématurité, les mères éprouvent un mélange d'émotions, telles que l'angoisse, la culpabilité, le désespoir, la principale étant la peur de perdre leur bébé. Il a été constaté que la couveuse était considérée par les mères de cette étude comme un grand allié pour la survie et le développement de leurs enfants.

Mots clés : relation mère-enfant, prématurité, naissance prématuré, USI néonatale

A experiência materna e a relação mãe-bebê têm despertado interesse de estudos no campo da psicologia. A vivência subjetiva da maternidade traz à mulher mudanças tanto físicas como emocionais, desde a gestação. Ao gerar seu bebê, a mãe elabora um bebê imaginário, no qual deposita seus sonhos e fantasias de um filho perfeito (Lebovici, 1987). Entretanto, a interrupção da gestação em virtude de um parto prematuro, pode vir acompanhada por sentimentos adversos, ao se deparar com a imagem do bebê real e frágil.

A prematuridade é determinada para todo bebê nascido vivo antes de completar 37 semanas de gestação, majoritariamente acompanhada de baixo peso, além de outros fatores de saúde, que podem colocar em risco a vida do pré-termo (Ministério da Saúde, 2020). Ainda, para a prematuridade, estabelece-se uma classificação sendo: prematuro extremo nascido antes de 28 semanas de gestação; muito prematuro, de 28 a menos de 32 semanas; pré-termo moderado de 32 a menos de 34 semanas; e prematuro tardio, de 34 a menos de 37 semanas (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

No Brasil foram registrados cerca de 340 mil nascimentos de bebês prematuros no ano de 2019, totalizando 12% dos nascimentos antes das 37 semanas de gestação no país. No contexto mundial esse número chega a 15 milhões de bebês

nascidos prematuros por ano. Tamanha é a importância dos dados que, a partir de 2008, foi estabelecido o Dia Mundial da Prematuridade, em 17 de novembro, com o propósito de ampliar a atenção sobre a temática (Ministério da Saúde, 2020).

Das características mais comuns dos bebês prematuros, destacam-se a fragilidade dos órgãos, sobretudo o cérebro, além do baixo peso, principalmente quando abaixo de 1500g, que exige um maior cuidado com a recuperação nutricional (Zelkowitz, 2017). Nos prematuros extremos, o peso do bebê ao nascer geralmente fica abaixo de 1000g, destacando-se a pele fina, as veias aparentes, a pouca gordura sob a pele e a cabeça desproporcional ao tamanho do corpo (Ministério da Saúde, 2020). Outro aspecto que pode gerar complicações clínicas em bebês prematuros é a imaturidade pulmonar. Friedrich et al. (2005) destacam que os bebês prematuros são expostos a fatores que podem prejudicar seus pulmões imaturos. As complicações respiratórias e cardíacas estão entre as principais causas de internações de prematuros em UTIs Neonatais (Nascimento et al., 2019).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local criado para atender o pré-termo, com o mínimo de prejuízo após a saída antecipada do útero da mãe, sendo a incubadora o principal instrumento (Carvalho & Pereira, 2017). Entretanto, visualizar seu filho na incubadora pode trazer sofrimento às mães, pois, no início, a incubadora poderá ter um efeito negativo por ser a substituta dos cuidados maternos (Esteves, 2017).

Deparar-se com o bebê prematuro pode despertar uma dura realidade para a mãe, em ter dado à luz a um filho inacabado, diferente da imagem que alimentava em sua gestação (Lebovici, 1987). A mãe que dá à luz a um bebê prematuro experimenta o rompimento, não só da gestação, mas das expectativas a respeito de seu filho, bem como pode desenvolver sentimentos adversos como angústia, incompetência, medo e culpa. Tais sentimentos podem ser potencializados diante de uma internação na UTIN. A rotina hospitalar, o afastamento da convivência familiar e a condição frágil do bebê prematuro, são alguns fatores que podem favorecer o despertar de emoções intensas que podem levar ao sofrimento, como angústia, ansiedade e medo (Souza et al., 2009).

Mães com bebês internados em UTIN ficam fragilizadas e vivem os sentimentos de frustração e culpa, diminuindo a capacidade de desenvolver as condições de cuidado e maternagem de seus filhos, colocando em risco os laços afetivos (Bragheto & Jacob, 2011). Os aspectos emocionais podem prejudicar a relação da díade mãe-bebê, comprometendo a saúde psíquica de ambos. De fato, esses sentimentos são alimentados diante da condição frágil de saúde do bebê internado na UTIN, onde existe uma equipe que realiza os cuidados e o tratamento necessário colocando, assim, a mãe em uma impossibilidade de realizar a função materna em sua plenitude.

Em um estudo longitudinal com participação de três duplas de mães e seus bebês, Bortolin e Donelli (2019) enfatizam que as mães relataram que o período de internação dos seus bebês em UTIN foi um período traumático, além de vivenciarem grande sofrimento por não poder segurar seus bebês logo após o nascimento. Pode-se inferir que existe uma ruptura na relação da mãe com seu bebê. Ao segurar o bebê, a mãe atua como um ego auxiliar, integrando e dando sentido às experiências corporais que perpassam pelo recém-nascido, adaptando-se às necessidades básicas do seu filho (Winnicott, 1999).

Assim, considerando a importância de entender os sentimentos e expectativas das mães sobre seus filhos, com intuito de pensar em soluções que visem aproximar a díade, esse estudo teve por objetivo compreender a experiência materna de ter um bebê prematuro extremo internado em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Método

Delimitação

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal, com delimitação exploratória que tem por objetivo proporcionar maior aproximação com o problema, podendo torná-lo mais explícito. Os estudos exploratórios visam ganhar maior familiaridade com determinado problema podendo a coleta ser realizada por meio de entrevistas (Gil, 2010).

Participantes

As participantes foram quatro mães de bebês prematuros extremos, internados em uma UTIN de um hospital de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. As participantes da pesquisa foram selecionadas por amostragem de conveniência e intencional, “em que os indivíduos são selecionados com base em certas características tidas como relevantes pelos pesquisadores e participantes” (Gil, 2010, p. 153).

As mães deste estudo foram identificadas com nomes fictícios como Jasmim, Tulipa, Magnólia e Orquídea, respeitando o sigilo, confiabilidade e ética que a pesquisa propõe. Os nomes de flores foram pensados a partir da narrativa de uma das mães, quando referiu que “não vejo a hora de levar minha florzinha para casa” (*sic*).

Todas as participantes eram primíparas, ou seja, mães que experimentaram a gestação pela primeira vez. Destacam-se a escolaridade das participantes, com superior incompleto ou completo; o estado civil, casadas ou em união estável; e idade superior aos 30 anos, quando no nascimento do bebê.

Quadro 1

Características das Participantes do Estudo

Participante	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Tempo de gestação	Peso do bebê nascimento em gramas	Tempo de internação em dias (no momento da entrevista)
Jasmim	38	Superior Completo	Empresária	União Estável	24 Semanas e 6 dias	545	81
Tulipa	32	Superior Incompleto	Assistente Jurídica	União Estável	23 Semanas e 2 dias	480	78
Magnólia	35	Superior Completo	Estudante de Psicologia	União Estável	24 Semanas e 4 dias	619	44
Orquídea	32	Pós-Graduação Incompleta (Doutoranda)	Área Tecnologia Informação	Casada	26 Semanas e 4 dias	932	22

Instrumento

O instrumento utilizado na pesquisa foi uma entrevista semiestruturada. O principal objetivo da entrevista é obter informações do entrevistado a respeito de um assunto ou problema, sendo um importante instrumento de trabalho em diversos campos das ciências sociais, entre eles a psicologia (Marconi & Lakatos, 2003).

Para tanto, as perguntas norteadoras da entrevista individual buscaram conhecer a experiência subjetiva de cada participante. As questões iniciavam perguntando sobre como as mães estavam no dia da entrevista, bem como o estado dos bebês. Na sequência, perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos, para melhor entender o perfil de cada participante. Posteriormente, uma sequência de perguntas sobre a gestação, a chegada do bebê, as intercorrências em virtude da prematuridade extrema, os desafios da amamentação, a rotina hospitalar, a rede de apoio e, em cada uma delas, os sentimentos despertados nessas vivências.

Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

A pesquisa foi realizada em caráter presencial em um hospital da cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, após aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e do Comitê de Ética do hospital parceiro. O estudo seguiu as recomendações éticas para a realização de estudos com seres humanos, de acordo com a *Resolução n° 510* (Ministério da Saúde, 2016b) do Conselho Nacional de Saúde.

O convite para participação da pesquisa foi intermediado pela equipe de psicologia do setor da UTIN. Todas as participantes foram esclarecidas sobre os propósitos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para a participante e outra para a pesquisadora.

A coleta de dados, a partir da entrevista semiestruturada, foi realizada individualmente, no próprio hospital, em uma sala dentro da UTIN. O período da coleta ocorreu entre os meses de março e abril do ano de 2022, com tempo médio de uma hora de duração. As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização prévia das participantes.

Para a análise de dados foi realizada a transcrição das entrevistas e os dados coletados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática. Para melhor organização, a análise se dá em três momentos que são: a pré-análise, com a organização e leitura do material; a exploração do material, organizando-os em categorias; e o tratamento dos resultados que permite o destaque para as informações obtidas (Bardin, 1979).

Resultados e Discussão

A partir da análise da transcrição das entrevistas realizadas com as mães de bebês prematuros extremos internados na UTIN foi possível identificar duas categorias para compor os resultados e discussão deste trabalho, sendo elas: a *prematuridade* e a *UTI Neonatal*. Ainda, para melhor conhecer as experiências maternas, para cada categoria estabeleceram-se duas subcategorias identificadas como *sentimentos maternos frente a prematuridade* e *vivências e expectativas maternas*.

A prematuridade

A prematuridade é considerada uma síndrome clínica de condições complexas que precisa ser tratada com múltiplas estratégias. O grau de prematuridade é determinado pela idade gestacional e, na maioria dos casos, acompanhado por baixo peso do bebê no nascimento (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

No presente estudo, todas as participantes são mães de bebês prematuros extremos, com idade gestacional entre 23 e 26 semanas, e peso do bebê ao nascer entre 480g e 932g. Pelo tempo gestacional e o baixíssimo peso no nascimento, esses bebês são considerados de extrema fragilidade por sua condição física. Bebês prematuros necessitam de cuidados adequados às suas necessidades e, para tanto, recebem uma classificação a partir do risco neonatal, sendo que o risco está diretamente ligado à mortalidade infantil. Bebês prematuros extremos têm classificação de alto risco e inspiram cuidados e procedimentos específicos (Ministério da Saúde, 2014).

Para um recém-nascido prematuro extremo, o sistema respiratório é extremamente imaturo e a capacidade respiratória na vida extrauterina precisa ser intermediada por procedimentos e equipamentos, como a intubação e ventilação com máscara facial, podendo ser temporária ou prolongada. Também, outros órgãos são delicados e frágeis, como a pele, que se apresenta muito fina e gelatinosa, com aspecto transparente, onde as veias ficam mais visíveis. A cabeça do bebê prematuro extremo é desproporcional ao tamanho do corpo e pode apresentar deformidades transitórias conforme as condições do parto (Ministério da Saúde, 2014).

Essas características configuram uma imagem impactante do prematuro extremo, sobretudo pelos tubos e aparelhos conectados em prol da sobrevivência do recém-nascido. Além disso, observa-se que os prematuros extremos tendem a ser letárgicos e apáticos, reagindo muito pouco às estimulações. Essa imagem menos gratificante do bebê, com quem a comunicação é quase nula, pode gerar nas mães sentimentos diversos, como medo, angústia e culpa (Lebovici, 1987).

Sentimentos maternos frente à prematuridade

O nascimento de um bebê prematuro costuma gerar nas mães sentimentos negativos como medo, desespero e culpa (Cunha et al., 2009). De fato, um dos sentimentos mais presentes nos relatos das mães desta pesquisa foi o medo. Para elas o medo da perda de seus filhos é o mais intenso, pois bebês prematuros extremos têm uma das condições mais frágeis da prematuridade. Esse sentimento foi exposto na seguinte fala:

Eu senti medo, porque aí eu percebi que ela podia realmente não sobreviver. Quando eu vi o quanto ela era frágil. A pelezinha é transparente, praticamente dava para ver todos os órgãos. (...) Eu chorava por medo de perder ela. (Tulipa)

Ainda que a prematuridade extrema não seja acompanhada por uma patologia propriamente dita, alguns pais e mães são submetidos à angústia da morte do bebê (Lebovici, 1987). Além do medo da perda, as mães também relataram um medo de não haver a relação do vínculo mãe-bebê. Para duas delas (Jasmim e Tulipa), a elaboração da gestação foi demasiadamente curta, da descoberta da gravidez ao parto prematuro extremo, não conseguindo estabelecer uma conexão com a barriga, com o bebê ou com o enxoval para o recém-nascido. Então quando o recém-nascido extremo nasce em condições críticas, a mãe não pode exercer a maternagem do seu filho, como pegá-lo no colo ou amamentá-lo. Assim, ela não pode tocar no seu bebê sem luvas, tampouco beijá-lo. Tal questão pode ser evidenciada a partir das seguintes falas:

Quando ela nasceu eu tive muito medo de não ter esse vínculo também com ela. Num primeiro momento eu tinha muito medo de não sentir nada por ela, pelo susto, pela condição, pela fragilidade porque é assustador. É um bebê de 500g, não é um bebê fofinho de bochecha rosada, é um outro bebê. (Jasmim)

Parecia que eu ainda não podia tocar nela, que eu tinha que esperar, tanto que eu falava que o meu maior medo era que ela não gostasse de mim, que ela não me reconhecesse como mãe, para mim foi muito tempo. (Tulipa)

Bowlby (1982, p. 123) explica que “a ameaça da perda gera ansiedade e a perda real produz tristeza; enquanto cada uma dessas situações pode suscitar raiva”. O autor destaca que os vínculos afetivos e as emoções mais intensas nos estados subjetivos têm a tendência a ocorrer de maneira conjunta, sendo o vínculo entre a mãe e seu bebê um dos mais importantes e persistentes.

A mãe que sai do hospital e sofre a angústia de não levar seu bebê para casa, nem vivenciar os primeiros momentos em família com seu filho, sente-se frustrada, pois “a mãe é igualmente exposta a se sentir ferida em seu narcisismo por não ter podido levar a termo a sua gestação” (Lebovici, 1987, p. 190). O autor ressalta que existe também um sentimento de culpa, pela fantasia materna de ter gerado um bebê incompleto, podendo instalar uma ideia de incapacidade também de exercer seu papel de mãe (Lebovici, 1987). Esse misto de emoções pode ser identificado nas seguintes falas: “*Tenho um sentimento de culpa: o que que eu fiz para eles saírem daqui? O que que eu poderia ter feito diferente? Até hoje eu penso: o que eu podia ter feito de diferente?*” (Orquídea). Ainda,

Quando eu olhei tudo aquilo, eles ligados em um monte de aparelhos a vontade que eu tinha era dizer “coloca eles de novo aqui dentro, pelo amor de Deus!”. Só que não tem como. Então foi uma mistura de emoção, de um amor e de um medo, uma preocupação e, ao mesmo tempo, uma frustração porque eu queria ter ganhado e que eles ficassem comigo. Eles estavam perto e ao mesmo tempo tão longe! Longe da pele a pele, do cheiro, do contato. O medo é o medo da perda. (Magnólia)

Nesta última fala é possível identificar uma ambivalência de emoções apresentadas pela mãe. Essa ambivalência é comumente vivida pelas mães de prematuros, que ficam felizes pelo nascimento do bebê, mas se frustram e sofrem pelo quadro instável e pelas intercorrências às quais o prematuro é submetido, ocasionando, assim, sentimentos negativos (Neves et al., 2021).

Também o luto é uma característica presente nas narrativas das mães desta pesquisa. Trata-se, primeiro, de um luto de uma gestação curta, sem providências ou preparativos dos itens do enxoval do bebê, sem a validação da barriga, ou melhor do “barrigão” (*sic*). O segundo trimestre da gestação é um momento entendido como “dupla propaganda”, onde o bebê se apresenta à mãe, movimentando-se mais na barriga, como a mãe se mostra aos outros como uma mulher grávida (Santos et al., 2010), o que não ocorre no contexto da prematuridade extrema. Também existe um luto por não ter as sensações do filho na barriga, com movimentos e chutes, tão pouco o tão sonhado *book* de gestantes ou o chá de fraldas. Sobre isso disseram as mães:

A gente pensa no processo de luto, de uma gestação que se desenhava de uma forma que na maioria das vezes acontece, né? E se começa a aceitar um outro formato de gestação, onde a gente perde algumas coisas. Eu não tive barriga, a minha barriga ia começar a crescer, então eu perdi alguns momentos e ganhei outros, mas é um sentimento de adequação. Eu não tinha sido validada como grávida perante as pessoas. (Jasmim)

Não deu tempo de fazer chá de fralda, nem tirar foto, eu nem sei qual foi meu peso, e não sei como ficou minha barriga. Porque eu fiquei 18 dias internada, de repouso absoluto, sem botar o pé no chão. Eu não sei que tamanho eu fiquei, não tenho nem ideia. Perdi a percepção do meu corpo. Eu faria tudo de novo. Eu disse hoje para o meu marido: Como eu queria estar lá naquele quarto ainda. Eu ficaria 50, 60 dias. Os dias que precisasse, só para ficar com eles dentro de mim. (Orquídea)

Além disso, há também um luto de um bebê real que se difere e muito do bebê sonhado e imaginado pela mãe (Lebovici, 1987). O luto pode também ser um processo de enfrentamento, um recurso para conseguir passar pelas provações de ter um filho prematuro extremo. Kaplan e Mason (1960) propõem que mães de bebês prematuros precisam atravessar quatro tarefas psicológicas: o luto antecipatório, entendendo a possibilidade de perda de um bebê tão frágil; o reconhecimento da falha por ter gerado um filho pré-termo que, embora difícil, é considerado um processo saudável; retomada das atividades ativas do bebê, quando já é possível alguns atos de cuidados da mãe, como dar o banho, realizar a troca de fraldas e a própria amamentação; e, por último, perceber que a prematuridade era um estado temporário, que cede o espaço para a normalidade.

Vivências e expectativas maternas frente à prematuridade

Diferente de um bebê a termo, o nascimento de recém-nascido prematuro “deixa de ser um encontro entre os genitores e filhos para se transformar numa sucessão de desencontros, que têm início no pós-parto, quando o recém-nascido é separado da sua mãe e imediatamente internado na UTI” (Braga & Morsch, 2003a, p. 54). Pela situação crítica dos bebês no nascimento, nenhum deles foi colocado em contato pele a pele com suas mães. Logo após o parto, os bebês são enrolados em um saco plástico do tipo filme, para imediatamente reter a temperatura corporal dos prematuros. Essa primeira imagem pode ser considerada pelas mães como assustadora, embora relatem que tenham recebido informações sobre esses procedimentos antes do parto. Então, o bebê é levado para os primeiros cuidados já na incubadora e, é nesse ventre de vidro que a mãe visualiza o seu filho pela primeira vez:

Não pude pegar ela no colo. Me falaram que talvez iam poder me mostrar ela, mas ia depender da condição que ela nasceria. Ela ia ser avaliada. Me trouxeram ela para ver logo que tiraram. Ela estava embrulhada num saquinho para conservar e depois trouxeram ela de novo dentro da incubadora para que pudesse ver um pouquinho ela antes de trazerem ela aqui para Neo. (Jasmim)

As mães relatam que o desejo de realizar os primeiros contatos e cuidados de seus filhos foram frustrados com o parto prematuro. Em geral, a mãe, no final da gestação, prepara-se para atender às necessidades do seu bebê, empenhando-se no seu papel materno para acolher as demandas do recém-nascido, o que Winnicott (1956) chamou de “preocupação materno-primária”. As necessidades de um bebê prematuro extremo são diferenciadas, o que requer uma adaptação da mãe na relação com seu filho. Algumas vezes, o que a mãe pode oferecer é a sua presença, como dito na narrativa abaixo:

Eu faço questão de todos os dias, dizer que eu amo ela, venho aqui para dizer que eu amo ela. O que eu venho fazer aqui é isso, já que não posso fazer muita coisa por ela a não ser dizer que eu amo. Eu digo que amo, que eu estou, que eu sinto saudade, que estou esperando ela para ir para casa. (Tulipa)

O vínculo que se estabelece entre mãe e bebê na experiência da amamentação é o que há de mais poderoso nas relações humanas (Winnicott, 2017). Entretanto, o aleitamento para um recém-nascido extremo tem seus processos e desafios. O bebê prematuro possui dificuldade de sucção e deglutição, com menor tolerância ao alimento. Também, suas necessidades nutricionais são maiores que os bebês a termo, sendo o leite da própria mãe o melhor indicado para ser utilizado pelos recém-nascidos prematuros (Ministério da Saúde, 2020).

O recém-nascido prematuro, inicialmente, recebe alimentação pela veia, bem como, depois de uma avaliação das condições do recém-nascido, recebe sua alimentação por uma sonda que vai da boca até o estômago (Rocha, 2003). Assim, a experiência dos bebês das mães deste estudo aconteceu da seguinte forma: a partir de nutrição parenteral, ou seja, aquela que é recebida por procedimento intravenoso, com os nutrientes que o pré-termo precisa; e, posteriormente, passaram a ser alimentados com leite materno por uma sonda que passa pela boca do recém-nascido e vai até o estômago. Para tanto, as mães foram incentivadas a estimular a retirada do leite materno. Esse processo recebe o nome de ordenha e é realizado em um setor específico do hospital, que é chamado de esgota: “A ordenha manual é definida como uma técnica de retirada do leite materno, utilizando as mãos ou bombas para facilitar a extração de leite” (Faleiro, 2021, p. 14).

É importante destacar que essas mães realizam a ordenha estando esgotadas emocionalmente. Assim, o volume do leite retirado é diminuto, precisando ser estimulado com medicamentos que aumentem a produção. As participantes relataram que a equipe que acompanha a ordenha, na *sala de esgota* do hospital parceiro, é muito acolhedora e contribuiu para que elas assimilassem que o volume do leite não é o mais importante, e sim a intenção do ato, que é simbólico, mas que revela também uma concretude de um ato materno. Quando nasce um bebê prematuro, há também uma mãe prematura (Lebovici, 1987). Essas reflexões podem ser verificadas nas narrativas abaixo:

Desde o primeiro dia já estimularam a minha produção de leite com medicação, porque eu não tenho a sucção, então o meu corpo assim como os bebês são prematuros, o meu corpo também é prematuro. Não cheguei na minha gestação completa ainda. (Magnólia)

As emoções parecem estar muito ligadas ao leitinho. Ansiedade, aflição, todos esses sentimentos que são vividos aqui dentro têm relação direta com o leitinho (...). O pessoal ali da esgota não nos cobra nada, ali tem até um poema que diz assim: “o amor não é medido em mls”. Então cada gota é extremamente importante e é uma dose tremenda de amor. (Orquídea)

Frente à fragilidade do bebê, um sentimento de impotência pode ser instaurado tornando a amamentação ainda mais difícil (Rodrigues et al., 2013). A amamentação estabelece um vínculo importante entre a mãe e seu bebê, mesmo que o prematuro ainda não possa efetivamente mamar no peito, a aproximação pele a pele, o estímulo olfativo e a conversa com o bebê auxiliam na produção do leite (Gomes, 2018).

Um outro procedimento realizado em prematuros é a colostroterapia que é “uma prática que pode trazer muitos benefícios, com o desenvolvimento da imunidade e microbiota do recém-nascido, através da estimulação dos tecidos linfáticos associados à orofaringe, além de fortalecer o vínculo entre mãe e bebê” (Santos, 2021, p. 11). O colostro é rico em nutrientes, além de ser considerado uma vacina natural, e pode ser utilizado diariamente como opção terapêutica do recém-nascido prematuro. O procedimento é explicado pela narrativa de uma mãe:

O único contato que ele tem com meu leite é o colostro. É com uma seringinha, põe do ladinho da bochecha, são 3 gotinhas no início, depois aumenta para 0,1ml na seringa, já para eles terem esse contato com o leite materno. (Magnólia)

Todas as mães desse estudo relataram que estão empenhadas em manter a produção do leite materno, pois sabem o quanto esse alimento é importante para seus bebês. Comentam que aguardam pelo momento que poderão, de fato, amamentar seus filhos no seio, pois “dar o peito é a efetivação da maternidade” (Jasmim). Sabem, também, que o bebê prematuro tem um tempo diferente e que é preciso atingir alguns marcos relacionados com o peso do recém-nascido permitindo, assim, algumas novas conquistas:

Ele ainda não pode ir no peito, até porque ele não consegue pegar. Hoje ele está com 1.180kg. A gente conta muito cada grama, então a gente brinca que até o cocô faz diferença, porque se ele faz cocô antes de pesar, diminui os grammas. Então todos os pesinhos são contados para que a gente chegue nos marcos. Tem o marco do 1kg, que ele demorou para chegar, que é quando tu pode encostar nele sem as luvas, então tu tira as luvas fora, e o contato é direto na pele. E a gente espera muito para chegar nesse marco da amamentação. (Magnólia)

Além dos marcos referentes ao peso do bebê, outra prática é adotada como filosofia para prematuros. Trata-se da idade corrigida que, de acordo com o Ministério da Saúde (2016a), seria o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de um bebê prematuro sendo feito pela idade gestacional corrigida. Isso significa dizer que, quando nasce, o bebê prematuro precisa ser visto não com sua idade cronológica usual (como 1 mês, 2 meses, 3 meses de vida), e sim deve ser considerado o tempo que faltaria para completar sua vida intrauterina.

Tal prática facilita o entendimento das mães de que seus filhos não realizam comportamentos esperados no desenvolvimento de um bebê nascido a termo. Na verdade, é trabalhada a compreensão de que um bebê prematuro extremo tem um tempo

próprio, com um corpo ainda em crescimento e desenvolvimento das funções básicas e que fará reações próprias da prematuridade como as apneias. As apneias ocorrem quando “o bebê diminui seus batimentos cardíacos e suspende a respiração, podendo apresentar também cianose ao redor dos lábios e das extremidades” (Moreira & Rodrigues, 2013, p. 43). Mesmo a par dessas informações, quando um filho deixa de respirar desperta na mãe um desespero pela possibilidade da perda do seu bebê:

É muito intenso, assim como a gente entra aqui e está tudo muito bem, daqui a pouco não está nada bem, e coisas que a gente tem que aprender que aqui é muito difícil. Aqui os bebês vão fazer apneia, tem que aprender que é normal para a prematuridade, mas uma mãe nunca aprende que parar de respirar é normal. É um desespero total! É muito surreal porque a gente está vivendo coisas que um bebê normal muitas vezes não viveria. A gente tem que lidar com isso. (Magnólia)

Para algumas famílias, o desespero se instala, sobretudo, na eminência da morte de seu bebê. Nesses casos, é recomendado que os pais fiquem próximos de seu bebê, mesmo sabendo que não é fácil, devendo ser respeitado como cada família irá decidir como lidar com esse sofrimento (Braga & Morsch, 2003b). Duas mães deste estudo (Magnólia e Orquídea) tiveram a experiência de ter dado à luz a gêmeos prematuros extremos e, nos dois casos, houve a morte de um dos irmãos. As mães relataram que perder um filho é como perder o próprio fôlego. Descrevem uma dor tão intensa que não é possível expressar em palavras e, embora estivessem destroçadas por dentro, precisavam recuperar as forças para cuidar do bebê que permanecia ali. Tal sofrimento pode ser evidenciado na seguinte narrativa:

Ele estava muito fraco. Muito debilitado. A saturação dele já não estava mais subindo, ficava caindo. Foi meio que um marco. Daí às 3 da manhã deu um temporal muito forte, com raios, choveu muito, *um dia cinza* (grifo nosso). Era dia 30. Eu sabia que não ia ser um dia normal. Eu sabia que ia ser diferente. De alguma forma, alguma coisa estava dizendo o que ia acontecer. E a gente veio para cá. E aconteceu: ao longo do dia os sinais dele foi baixando, baixando. O pessoal fez um pele a pele conosco, foi para o peito do marido, que chorou muito. Ele ainda tinha esperança. Eu sentia que ele estava indo. A sensação que eu tinha é que ele estava se despedindo. Ele fez um chorinho no colo do meu marido e quando eu peguei ele, ele se foi. Foi o pior dia da nossa vida. Foi o dia que me destruiu. (Orquídea)

Logo após a perda do bebê surge uma dor que, inicialmente, parece não ter fim. Contudo, nos casos de gemelaridade, onde um dos irmãos sobrevive, a energia e os esforços se voltam para este bebê, permitindo que o sofrimento da perda de um se modifique podendo se instaurar à esperança pela vida do outro (Braga & Morsch, 2003b). Assim aconteceu com Magnólia e Orquídea, que precisaram processar o luto de um dos filhos para se concentrar na saúde do irmão que sobreviveu.

A UTI Neonatal

As UTI possuem um conjunto de recursos para tratamento de pacientes graves ou potencialmente graves, que necessitam de cuidados especializados com uma frequência maior de procedimentos. Uma UTI neonatal é composta por uma equipe multidisciplinar, que, para além do tratamento da saúde do bebê, também precisa estar atenta ao incentivo dos laços afetivos entre ele e seus pais (Souza & Pegoraro, 2017). A UTIN do hospital parceiro deste estudo foi totalmente reformada e reformulada a poucos anos. As novas instalações também foram equipadas com as mais modernas tecnologias para o tratamento dos bebês recém-nascidos que dela necessitem.

Sentimentos maternos frente à UTI Neonatal

A internação de um filho recém-nascido, sobretudo em condições extremas de prematuridade, acarreta sentimentos igualmente extremos. Então os pais, normalmente, podem se sentir inadequados, apresentando sentimento de culpa, tristeza ou ressentimento ao perceberem as necessidades de seu filho que precisa permanecer na unidade neonatal (Ministério da Saúde, 2017).

As mães deste estudo permanecem dentro da UTIN acompanhando seus bebês, com um tempo que variava de 6 a 12 horas diárias, inclusive com uma rotina relativamente organizada em tarefas. Nessa rotina elas acompanham os procedimentos e exames realizados em seus filhos, efetuam a ordenha no setor da esgota, conversam com a equipe e, conforme a evolução dos marcos do recém-nascido, lhes é permitido alguns avanços no cuidado com o prematuro, como pegar no colo, auxiliar no banho, realizar as trocas de fraldas, participar da colostroterapia.

O principal equipamento de cuidado com o recém-nascido na UTIN é a incubadora. Os prematuros extremos têm uma longa permanência na incubadora, que é um ambiente aquecido, seguro e adequado para seu desenvolvimento. As mães relatam que a incubadora é uma grande parceira no processo da internação dos seus bebês, como é possível entender a partir das falas: “*A incubadora é vida! Para um bebê prematuro extremo é uma segurança*” (Jasmim); “*Uma imitação da minha barriga. Eu comecei a ver que é um local de um jeito diferente, eu imagino que eu esteja eu tirando uma ecografia presencial todos os dias, porque eu vi ela desenvolvendo ali dentro*” (Tulipa); “*É a minha barriga transparente. Porque*

ele está ali, tanto que a gente conta as semanas como período gestacional. Então ele tem 31 semanas. Claro, ele vai fazer 2 meses, mas o que conta aqui é o desenvolvimento dele” (Magnólia); e *“É como se fosse um vaso. Ele é uma plantinha, tu tem a terra, tu vai aguardar aquele vasinho. A incubadora é para mim como se fosse um vasinho e a minha sementinha está ali, e está crescendo”* (Orquídea).

Diante desses relatos, a incubadora foi nomeada pela pesquisadora com o termo *ventre de vidro*. Isso porque, de fato, esse equipamento, que na verdade é feito de acrílico, funciona como um útero, proporcionando as condições para sobrevivência e desenvolvimento do bebê.

Outra observação importante é como essas mães se informam e se apropriam dos termos médicos a respeito do estado de saúde do recém-nascido e dos procedimentos aos quais seus filhos são submetidos. Nessa UTIN, toda a equipe tem uma comunicação horizontal com as mães, acolhendo suas dúvidas em todos os processos da internação. Dessa forma, as mães percebem que se tornam mais participativas e com melhor entendimento das práticas de cuidado, além de adquirirem vocabulário para compreender as conversas entre a equipe, e tornam-se porta-vozes para a família extensa sobre as condições de saúde de seus filhos. Eis os exemplos abaixo:

Eles tiveram que trocar o tubo do oxigênio porque ele cresceu, e preciso trocar porque não estava tendo a mesma efetividade. É intubação pela boca, mesma intubação de adulto. Eles tentaram trocar o tipo de respirador, que é o CPAP, que dá um fluxo contínuo, mecânico, mais estável. Isso são coisas que eu não sabia, são coisas que o pessoal explica. Isso ajuda a entender tudo que está acontecendo. (Orquídea)

São muitos cabinhos ligados a ele. É aparelho de pressão, é de temperatura, é de saturação, enfim todos os outros aparelhos correlatos ali. Tem o tubo de oxigênio, tem a parte de alimentação, de gastro direto. É muito fio, e a gente tem respeito por tudo aquilo. Num primeiro momento que eu vi foi um choque. Tu vê o teu filho naquela situação. A gente não se prepara para ter um filho naquelas condições. Mas a gente cria respeito. (Orquídea)

Esse interesse materno foi chamado de “preocupação médico primária” por Agman et al. (1999), explicando que as mães de bebês prematuros internados em UTIN, privadas das suas funções maternas e cuidados de seus bebês, aproximam-se das informações clínicas a respeito da saúde de seus filhos. Assim, as mães podem, minimamente, aproximar-se deles e, inclusive, estar mais seguras quando for preciso discutir as condutas e procedimentos terapêuticos dos pré-termos.

O distanciamento, entendido aqui como segurança e cuidado com o estado frágil do bebê, também traz a sensação de que o bebê ainda não é, de fato, daquela mãe. Lebovici (1987) sustenta que a interação mãe-bebê se dá em processos em que a mãe envia “mensagens” para seu bebê, que “responde” promovendo a satisfação materna. Para o autor, essa conversa sem palavras estabelece uma troca afetiva, por meio de gestos, sorrisos e balbucios. Na internação em UTIN, essa interação fica prejudicada, sobretudo para os recém-nascidos extremos, pois nem a mãe consegue enviar esses sinais e mensagens para seu bebê, nem o pré-termo tem condições de respondê-los. Frente a essa dificuldade, a mãe percebe um filho que ainda não é seu, tal como explica a fala:

O filho é meu, mas é como se ele não fosse. Porque para eu encostar nele eu preciso pedir. Para pegar ele no colo eu preciso pedir. Muitas vezes eu escuto que não dá, ou que agora não vai poder dar colo, ou não põe a mãozinha agora porque a temperatura dele ainda não está boa. Então a gente tem que pedir permissão para mexer no nosso filho. (Magnólia)

Vivências e expectativas maternas frente à internação em UTI Neonatal

As vivências das mães na UTIN são deveras difíceis e provocam um distanciamento físico real de seus bebês, sobretudo quando se trata de um pré-termo extremo. As mães se tornam identificadas com seus bebês a partir da interação da dupla, que se dá nos momentos que seguram o filho no colo, acariciam e o amamentam (Winnicott, 1983). As mães deste estudo descrevem que o exercício da interação com seus bebês é mais demorado, por se tratar de prematuros extremos.

Um dos momentos mais esperados por uma mãe de recém-nascido prematuro é o momento de segurar seu filho no colo. Para tanto, é preciso que o bebê tenha atingido o marco de peso necessário, por volta de 1kg, e uma condição clínica que permita o contato com a mãe fora da incubadora. O Ministério da Saúde (2016a) promove a *Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido* e considera o *Método Canguru* como a maneira mais adequada de aproximação da mãe com o pré-termo de baixo peso. “O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque dos pais em seus bebês desde os primeiros momentos da internação, evoluindo até a posição canguru” (Ministério da Saúde, 2016a, p. 9).

A *posição canguru* consiste em manter a criança na posição vertical junto ao peito da mãe ou do pai. O bebê deve estar somente de fraldas e a mãe deve estar sem sutiã, favorecendo, assim, o contato pele a pele (Ministério da Saúde, 2016a). Na UTIN em questão, esse momento do colo é chamado apenas de “pele a pele” e é realizado assim que as condições de saúde do bebê permitam. As mães relataram esse momento como um evento importante na relação com seus filhos, embora os primeiros contatos sejam permeados pela insegurança, em função dos tubos ligados ao bebê, como relata a mãe:

Quando peguei a primeira vez senti diferença no meu processo de conexão com ela. Acho que materializou um pouquinho mais a maternidade que, até então, a gente tinha o toque, mas era um toque diferente, é encostar e largar o peso da mão sobre

o bebê. Pegar no colo aos 12 dias, apesar que é um bebê que está intubado, é muito cano, é difícil, mas é o primeiro contato. Até foi bem rápido, pois ela estava com 800g ainda. Agora é uma conexão diferente, porque quando eles são muito pequenos a gente faz o colo pele a pele, colocando sobre o peito. (Jasmim)

A relação afetiva entre a mãe e seu bebê não ocorre instantaneamente ao nascimento, mas se estabelece em um processo contínuo conforme a interação. Quando um bebê necessita de internação na UTIN ocorrem certas privações, como as restrições aos contatos físicos, como o contato pele a pele com a mãe e até mesmo na amamentação (Castro et al., 2020). Então, tão rápido quanto for possível, é importante estimular a aproximação da díade, e, para isso, os profissionais da UTIN precisam ter um olhar sensível para cada dupla mãe-bebê. As mães reconhecem quando a equipe contribui para amenizar os efeitos da internação:

O senso de humanidade aqui dentro é muito grande. Sensibilidade e a forma como as pessoas te tratam, a abertura que as pessoas te dão. As pessoas se conectam contigo e isso que está acima. O tempo todo eles estão prestando atenção em ti. É contínuo. A minha mãe trabalha em hospital e não é assim. Aqui as coisas são diferentes. (Orquídea)

Ainda sobre a UTIN, foi perguntado para as mães o que seria uma mãe de UTIN. Essas mães entendem que exercer a maternidade de um bebê prematuro extremo internado é viver sentimentos ambíguos, de muita angústia pela fragilidade do recém-nascido, mas também de pequenas alegrias que, somadas, vão construindo a relação da díade. Então as mães de UTIN se definem como: “*Primeiro é uma mãe sem chão nem teto. Que é colocada assim num ambiente que tu não conhece. E depois, a mãe se torna resiliente, assim sabe, que é paciente*” (Tulipa). Ainda,

Uma mãe de neo é aquela que tem o coração na mão. Tem dias que a gente sai com o coração vibrando e tem dias que a gente sai com o coração mega apertado. Parece que a gente não sabe de onde vai tirar ânimo e força. É uma montanha russa. (Magnólia)

A vivência das mães de bebês prematuros frente à internação de seus filhos, acarreta uma somatória de perdas, desde o filho idealizado, ainda na gestação, à impossibilidade de levá-lo para casa após o nascimento. Além disso, o encontro com o bebê é atravessado pelas condutas terapêuticas que restringem o papel materno (Neves et al., 2021). Nesse sentido, promover um atendimento humanizado da equipe é fundamental para minimizar os impactos que as mães possam passar pelo processo da internação dos seus bebês.

Considerações Finais

O objetivo deste estudo exploratório foi compreender a experiência materna de ter um bebê prematuro extremo internado em uma UTIN. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com intuito de conhecer os sentimentos, vivências e expectativas das mães.

Entre os principais achados, destaca-se que o nascimento de um bebê prematuro extremo vem acompanhado de questões não pensadas anteriormente pelas mães deste estudo. Entre eles, a invalidação da barriga pelo curto período da gestação, o parto sem muito contato com o bebê, a impossibilidade de tocar no bebê pelo baixíssimo peso, os desafios de manter o fluxo do leite materno sem a possibilidade inicial da amamentação, o luto real quando há a perda de um filho e a esperança de manter o outro vivo, nos casos de gemelaridade.

Também nesse estudo foi possível identificar uma relação positiva das mães com a equipe da UTI Neonatal e a incubadora. A UTI Neonatal se torna uma segunda casa para essas mães, pois, de fato, é o melhor lugar para acolher e cuidar dos bebês de prematuridade extrema. Como equipamento principal nesse cuidado, a incubadora é percebida pelas mães como uma aliada no tratamento. Assim, a incubadora, que a pesquisadora chama de *ventre de vidro*, além do papel fundamental para a sobrevivência dos prematuros, é também responsável pelo desenvolvimento do bebê, mesmo nas condições mais extremas e, por isso, tem a gratidão dessas mães.

Este estudo confirmou que, diante da prematuridade extrema, as mães experimentam um misto de emoções, como angústia, culpa, desespero, sendo o principal deles o medo da perda de seus bebês. O medo se apresenta a partir da figura frágil de um bebê prematuro, principalmente prematuros extremos de baixíssimo peso ao nascer.

Também o medo de não conseguir estabelecer um vínculo com o bebê está presente para essas mães. Parece ser um medo genuíno, a partir dos sucessivos desencontros da relação da díade, desde a impossibilidade de tocar as mãos em seus filhos, a demora do acalento no colo, pela posição canguru pele a pele, e até o esperado momento da amamentação.

Como limitações do estudo pode-se assinalar o fato de que a pesquisa foi realizada apenas em um hospital da rede privada de saúde em uma única cidade, sendo interessante conhecer a realidade de hospitais da rede pública de saúde, bem como conhecer a realidade de outras regiões do Brasil. Também é importante destacar que os dados coletados dizem respeito à experiência de mães de bebês prematuros extremos, sendo interessante ampliar o leque de informações também para mães de bebês muito prematuros, prematuros moderados e prematuros tardios.

Pode-se afirmar, contudo, que este estudo contribuiu para o reconhecimento de algumas das vivências maternas frente à internação de seus filhos prematuros extremos. Desse modo, foi possível apresentar os principais desafios, bem como as potencialidades pelas quais essas mães passam. Por todo o exposto, sugere-se a ampliação dos estudos sobre a relação da diáde, nos casos de internação em UTIN em função da prematuridade, com intuito de conhecer outros processos, divulgando, também, as boas práticas que favoreçam a relação mãe-bebê.

Referências

- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Ágalma.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento de laços afetivos*. Martins Fontes.
- Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003a). Os primeiros dias na UTI. In M. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal* (Cap. 5, pp. 51-68). Editora Fiocruz.
- Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003b). Quando o bebê morre. In M. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal* (Cap. 14, pp. 157-170). Editora Fiocruz.
- Bragheto, A. C. M., & Jacob, A. V. (2011). Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: Relato de experiência. *Saúde & Transformação Social*, 1(3), 174-178. <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265319573022.pdf>
- Bortolini, D., & Donelli, T. M. S. (2019). Experiências maternas no primeiro ano de vida do bebê prematuro. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(3), 121-136. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v71n3/10.pdf>
- Carvalho, L., da, S., & Pereira, C., de, M. C. (2017). As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Revista da SBPH*, 20(2), 101-122. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.20.256>
- Castro, A. C. M., Durão, A. C., Nicolucci, C. B. S. M., Souza, F. D. A., Silva, S. M. M., & Golçalves-Ferri, W. A. (2020). *Protocolo de atenção humanizada neonatal no período de pandemia do Sars-CoV-2 (COVID-19)*. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. https://www.researchgate.net/profile/Walusa-Goncalves-2/publication/341413210_Protocolo_de_Atencao_Humanizada_Neonatal_no_Periodo_de_Pandemia_do_Sars-CoV-2COVID-19_-_Unidade_de_Cuidado_Intermediario_e_Unidade_de_Terapia_Intensiva_Neonatal_Neonatal_Humanization_Guideline_for_Pan/links/5ebf2d41458515626cac8de6/Protocolo-de-Atencao-Humanizada-Neonatal-no-Periodo-de-Pandemia-do-Sars-CoV-2COVID-19-Unidade-de-Cuidado-Intermediario-e-Unidade-de-Terapia-Intensiva-Neonatal-Neonatal-Humanization-Guideline-for-Pan.pdf
- Cunha, E. F. C., Carvalho, M. M. S. B., Santos, C. A., Ferreira, E. L., Barros, M. M. S., & Mendonça, A. C. M. (2009). Aspectos socioemocionais de mães de bebês prematuros. *Psicologia & m.foco*, 3(2), 35-44. https://www.researchgate.net/publication/275212783_ASPECTOS_SOCIOEMOCIONAIS_DE_MAES_DE_BEBES_PREMATUROS
- Esteves, C. M. (2017). *Contribuições da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Digital Lume UFRGS. <http://hdl.handle.net/10183/196951>
- Faleiro, N. S. (2021). *Processo de amamentação em mulheres mães de bebês prematuros* [Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. Repositório Acadêmico da Graduação da PUC Goiás. <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3423/1/TCC.pdf>
- Friedrich, L., Corso, A. L., & Jones, M. H. (2005). Prognóstico pulmonar em prematuros. *Jornal da Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria*, 81(1), 79-88. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000200010>
- Gil, A. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5ª ed.). Atlas.

- Gomes, A. L. M. (2018). *Promoção, proteção e apoio no processo do aleitamento materno do pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatal* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987249>
- Kaplan, D. M., & Mason, E. A. (1960). Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30(3), 539-552. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2013-40224-011.pdf>
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Artes Médicas.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5a ed.) Atlas.
- Ministério da Saúde. (2014). *Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde* (2a ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/atencao-a-saude-do-recem-nascido-guia-para-os-profissionais-de-saude-vol-iv/view>
- Ministério da Saúde. (2016a). *Guia de orientações para o método canguru na atenção básica: Cuidado compartilhado*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-de-orientacoes-para-o-metodo-canguru-na-atencao-basica-cuidado-compartilhado/>
- Ministério da Saúde (2016b). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>
- Ministério da Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: Manual técnico secretaria de atenção à saúde* (3ª ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
- Ministério da Saúde. (2020). *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>
- Moreira, M. E. L., & Rodrigues, M. A. (2003). O bebê na UTI: Intercorrências e exames mais frequentes. In M. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal* (Cap. 4, pp. 43-50). Editora Fiocruz.
- Neves, R. S., Zimmermann, J., & Broering, C. V. (2021). UTI Neonatal: O que dizem as mães. *Psicologia e Saúde em Debate*, 7(1), 187–214. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N1A14>
- Nascimento, T. M. M., França, A. M. B., Omena, I. S. de, Soares, A. C. de O., & Oliveria, M. M. de. (2019). Caracterização das causas de internações de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Alagoas*, 6(1), 63-74. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/6568>
- Rocha, A. D., de. (2003). Amamentação na UTI. In M. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal* (Cap. 11, pp. 123-130). Editora Fiocruz.
- Rodrigues, A. P., Martins, E. L., Trojahn, T. C., Padoin, S. M. M., Paula, C. C., & Tronco, C. S. (2013). Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: Revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(1), 253-260. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.17067>
- Santos, J. C., Alves, A. M., & Souza, M. A. B. de. (2010). A percepção da gestante quanto às mudanças corporais decorrentes da gravidez. *Periódico Científico dos Profissionais de Enfermagem*, 9(1), 29-33. <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagcd%3A7%3A16195639/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3AAscholar&id=ebsco%3Aagcd%3A86025705&crl=c>
- Santos, R. V., Jr. (2021). *Colostroterapia: Conceito, prática e benefícios* [Trabalho de Conclusão da Graduação, Universidade La Salle]. Repositório Institucional Universidade LaSalle. <http://hdl.handle.net/11690/2329>

- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2019). *Nota técnica. Novembro: Mês da prevenção da prematuridade. 17 de novembro: Dia Mundial da Prematuridade*. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf
- Souza, A. M. V., de, & Pegoraro, R. F. (2017). O psicólogo na UTI neonatal: Revisão integrativa de literatura. *Saúde & Transformação Social*, 8(1), 117-128. <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3688>
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Costa, Í. C. C., Carvalho, J. B. L., & Silva, M. L. C. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 729-33. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500013>
- Winnicott, D. W. (2017). *A criança e seu mundo* (6ª ed.). LTC.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria de desenvolvimento emocional*. Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott (Ed.), *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (3ª ed., pp. 491-498). Francisco Alves.
- Zelkowitz, P. (2017). Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. In *Enciclopédia sobre o desenvolvimento da primeira infância*. <https://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/prematuridade-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-psicossocial>

Como Citar:

Ramirez, C. B. H., & Donelli, T. (2024). As experiências de mães de bebês prematuros extremos junto ao ventre de vidro. *Revista Subjetividades*, 24(2), e14097. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i2.e14097>

Endereço para correspondência

Carla Beatriz Haeser Ramirez
E-mail: carlaramirezpsi@gmail.com

Tagma Donelli
E-mail: tagmad@unisinis.br



Recebido: 04/10/2022
Revisado: 26/07/2023
Aceito: 22/08/2023
Publicado: 10/08/2024