

“É um Bombardeio de Sentimentos”: Experiências Maternas no Contexto do Nascimento Prematuro

Carolina Marocco Esteves¹

Joíce Cadore Sonogo²

Rita de Cássia Sobreira Lopes¹

Cesar Augusto Piccinini¹

¹*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil*

²*FSG Centro Universitário, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil*

Resumo

O presente estudo investigou a experiência da maternidade de mães de bebês nascidos extremamente prematuros durante suas hospitalizações na UTI Neo. Em particular, buscou-se conhecer os sentimentos maternos relacionados a esse contexto. Participaram 18 mães cujos bebês tinham entre 25 e 28 semanas gestacionais e pesavam entre 625g e 1000g. As mães foram entrevistadas 15 dias após o parto e as respostas foram examinadas por meio de análise de conteúdo qualitativa. Foram desenvolvidos três eixos, derivados das entrevistas: sentimentos sobre a UTI Neo; sentimentos sobre as manifestações do bebê; e sentimentos sobre a maternidade. Os achados revelaram uma complexidade de sentimentos maternos no contexto da UTI Neo. Porém, destacaram-se nas verbalizações maternas o investimento narcísico das mães nos seus bebês, que as levavam a se comunicar com eles a partir de pequenos gestos e expressões sensoriais, o que oportunizava, simultaneamente, a construção de um lugar simbólico para o bebê.

Palavras-chave: maternidade, bebê, prematuridade, UTI neo

“It’s an explosion of feelings”: maternal experiences in the context of preterm birth

Abstract

The present study investigated the motherhood experience of mothers of extremely preterm infants during their hospitalizations in the NICU. In particular, we sought to investigate the maternal feelings related to this context. Participants included 18 mothers whose babies were between 25 and 28 gestational weeks and weighed between 625g and 1000g. Mothers were interviewed 15 days after delivery and the responses were examined using qualitative content analysis. Three axes were developed, derived from the interviews: feelings about the NICU; feelings about the baby’s manifestations; and feelings about motherhood. The findings revealed the complexity of maternal feelings in the context of the NICU. However, the mothers’ narcissistic investment in their babies, which led them to communicate with them using small gestures and sensory expressions, stood out in the maternal verbalizations, which simultaneously made it possible to build a symbolic place for the infant.

Keywords: Motherhood; Infant; Prematurity; NICU.

“Es un bombardeo de sentimientos”: experiencias maternas en el contexto del parto prematuro

Resumen

El presente estudio investigó la experiencia de maternidad de madres de bebés nacidos extremadamente prematuros durante sus hospitalizaciones en la UCI Neonatal. En particular, se buscó conocer los sentimientos maternos relacionados con este contexto. Participaron 18 madres cuyos bebés tenían entre 25 y 28 semanas de gestación y pesaban entre 625 g y 1000 g. Las madres fueron entrevistadas 15 días después del parto y las respuestas se examinaron mediante análisis de contenido cualitativo. Se desarrollaron tres ejes, derivados de las entrevistas: sentimientos sobre la UCI Neonatal; sentimientos sobre las manifestaciones del bebé; y sentimientos sobre la maternidad. Los hallazgos revelaron una complejidad de los sentimientos maternos en el contexto de la UCI Neonatal. Sin embargo, la inversión narcisista de las madres en sus bebés se evidenció en sus verbalizaciones, que las llevaba a comunicarse con ellos a través de pequeños gestos y expresiones sensoriales que, simultáneamente, permitían la construcción de un lugar simbólico para el bebé.

Palabras clave: Maternidad; Bebé; Prematuridad; UCI Neonatal.

Introdução

Anualmente, nascem quase 30 milhões de bebês prematuros em todo (UNICEF & WHO, 2018). Felizmente, a modernização da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal¹ foram um marco no cuidado e na esperança

de sobrevivência destes bebês, pois reduziram a mortalidade neonatal e o risco de sequelas a longo prazo (Cordova & Belfort, 2020). No entanto, muitos destes esses bebês precisam de cuidados especializados para se desenvolver nas diferentes etapas da sua vida (UNICEF & WHO, 2018).

Ao nascer, a condição do bebê prematuro é avaliada nos seguintes termos: bebês extremamente prematuros (EP), com menos de 28 semanas gestacionais; bebês muito prematuros (MP), que englobam os nascidos entre 28 e 32 semanas gestacionais e os bebês prematuros moderados, que nasceram entre 32 e 37 semanas gestacionais (Mathewson et al., 2017). A avaliação do bebê no nascimento pode ser realizada considerando-se, além da idade gestacional mencionada acima, o seu peso (Stewart & Barfield, 2019). São considerados extremo baixo peso (EBP), os bebês com menos de 1.000g; muito baixo peso (MBP), os com menos de 1.500g; e baixo peso (BP) os nascidos com menos de 2.500g (Schmidt & Saigal, 2020).

O rompimento do contato físico e da proximidade emocional entre a mãe e o bebê podem afetar o vínculo materno e a capacidade da mãe de fornecer respostas contingentes aos sinais dos bebês (Buttia, Montiroso, Borgattia, & Urgesi, 2018). Por exemplo, um estudo destacou a associação entre o nascimento prematuro e o comportamento materno alterado (Neri, Agostini, Salvatori, Biasini, & Monti, 2018). Em particular, as mães de bebês prematuros tendem a olhar, sorrir, vocalizar e tocar seus bebês menos do que as mães de bebês a termo (Shah, Browne, & Tynan, 2018). Inicialmente, a participação das mães e pais no cuidado ao bebê será limitada, sendo que, para sua sobrevivência, o cuidado substitutivo da equipe se fará necessário e vital (Twhog et al., 2016). Nesse contexto, as primeiras experiências mãe-bebê prematuro poderão ser muito afetadas e ficar um pouco distantes das que ocorrem no contexto do nascimento a termo.

Na área da psicologia perinatal, destacaram-se estudos observacionais e de intervenção, embasados no método psicanalítico de observação de bebês (Bick, 1964) que muito auxiliam a compreender em profundidade as experiências de mães e bebês na UTI Neo. Um desses estudos que trabalharam sobre essa sensibilidade e profundidade de tais experiências consistiu na observação e acompanhamento na UTI Neo de um bebê nascido extremamente prematuro, durante o período de dois meses e meio (Steibel, Caron, & Lopes, 2014). Outro estudo reuniu uma equipe de quatro psicólogas, previamente treinadas no método psicanalítico de observação de bebês, que acompanhou em torno de 27 díades mãe-bebê prematuro, ao longo de 14 meses na UTI Neo (Moreira et al., 2011). Relatos das observadoras ilustram a intensidade da experiência emocional no contato com a vida desses bebês e a difícil tarefa de sintonizar o mundo de um bebê prematuro e tentar dar

sentido a ele, especialmente os nascidos extremamente prematuros (Moreira et al., 2011).

Um último estudo objetivou investigar os alcances e limites da clínica winnicottiana dos estágios primitivos no atendimento de uma mãe primípara e sua filha nascida prematura (Esteves & Piccinini, 2020). Os resultados revelaram que a mãe se encontrava em um estado regressivo que, com a prematuridade da filha, desorganizou-se ainda mais. A desintegração por parte da mãe não permitia que ela conseguisse dar continência e ajudar na integração da sua filha. Os atendimentos, baseados no *holding* e em uma escuta sensível auxiliaram a mãe a integrar-se mais. Evidências, tais como diminuição dos mecanismos de defesa (projeção na bebê), aproximação da díade e a mãe se apropriando dos cuidados com a bebê, ilustraram a importância da escuta profissional sensível, continente e atenta ao mundo psíquico da mãe (Esteves & Piccinini, 2020).

A experiência emocional da mãe e bebê nascido prematuro desafia a compreensão. Winnicott trouxe uma grande contribuição à teoria psicanalítica, ao incluir o mundo psíquico primitivo do bebê em sua teoria, nesse lugar “onde a verbalização perde todo e qualquer significado” (Winnicott, 2006, pp. 82). O autor ajudou a iluminar fenômenos até então negligenciados pela teoria psicanalítica, como a experiência do nascimento de um novo ser e os fatores que a facilitam. Ele atribuiu grande importância à sustentação ambiental – cuidados confiáveis, previsíveis e contínuos – como facilitadora do desenvolvimento emocional.

De acordo com Moreira et al. (2011), há um desencaixe na comunicação da díade no contexto da prematuridade, que pode ser bem exemplificado no momento da amamentação: a mãe com leite e desejando amamentar e o bebê nascido prematuro impossibilitado de mamar, pelo menos por alguns dias e semanas, até que a situação se altere. Em relação ao bebê nascido prematuro, pode-se pensar que este ainda não nasceu completamente e poderia ser chamado de um “protobebê” (Moreira et al., 2011), pois ainda está em processo de desenvolvimento físico e emocional, buscando alcançar as condições mínimas necessárias de um recém-nascido nascido a termo para interagir e aproveitar tudo que pode advir de uma provisão ambiental suficientemente boa.

Do ponto de vista da experiência materna, estudos sugerem que a preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000) poderá ser afetada pelo nascimento prematuro (Esteves, Anton, & Piccinini, 2011). A preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000) pode

ser comparada a um estado de intensa sensibilidade, um “afastamento temporário no qual alguns aspectos da personalidade da mãe se sobressaem temporariamente” (Winnicott, 1956/2000, pp. 402). Tal estado tem início a partir dos últimos meses da gestação e estende-se até alguns meses após o parto. A mãe e o bebê recém-nascido possuem uma relação recíproca e complementar, podendo-se pensar que a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe (Winnicott, 1956/2000). A mãe se oferece como um objeto subjetivo para ser usada por seu bebê. Ela adapta-se continuamente às necessidades do seu filho: é empática, devotada, monótona em suas ações, previsível e dedicada. Auxilia o bebê na integração do seu psicossoma, fazendo com que ele caminhe em direção ao seu desenvolvimento rumo à independência, com conquistas importantes, como a noção de si mesmo e da capacidade de estar só e se relacionar com o mundo.

No entanto, a interrupção da gestação e o parto prematuro interrompem a continuidade dessa relação recíproca e complementar da mãe com seu bebê. Do ponto de vista do bebê, Winnicott (1969/2007) referiu o trauma como uma ruptura na sua continuidade de existência. Segundo ele, um trauma é aquilo contra o qual o indivíduo não possui uma defesa organizada, sendo invadido por um estado de confusão e ameaça de aniquilação. Tais defesas podem ser mais primitivas das que existiam antes da ocorrência do trauma. O autor entendeu que as consequências psíquicas do trauma irão depender do estágio no qual o ser humano se encontra no seu processo de crescimento. Tal desenvolvimento ou processo de amadurecimento caminha da dependência absoluta em direção à independência relativa. Para Winnicott, pode-se considerar diversos sentidos do que se entende por trauma, referindo cada um deles a uma etapa do processo de amadurecimento. Na primeira, a mais grave dos traumas, é aquela que tornará impossível ou precária a organização do si mesmo e a estruturação da personalidade.

De acordo com Winnicott (1969/2007), esse tipo de trauma corresponde a uma falha do ambiente no atendimento à necessidade básica do bebê: a de ser e continuar a ser. Esse tipo de falha prejudica a realização das tarefas básicas do processo de amadurecimento: a integração temporal e espacial do bebê, o estabelecimento da parceria psique-soma e a constituição do si mesmo. Em relação à mãe, dadas as características do nascimento prematuro, autores têm destacado que a mãe também vivencia um trauma psicológico, com interrupção na sua continuidade de

existência ou estrutura psíquica (Agman, Druon, & Fricchet, 2011; Mathelin, 1999).

Frente à complexidade da situação vivida pelas mães no contexto da prematuridade do seu filho/a, torna-se importante a construção de espaços de palavra para a elaboração dessa desafiadora experiência. Assim, o objetivo do presente estudo foi investigar a experiência de mães de bebês nascidos extremamente prematuros durante a hospitalização na UTI Neo. Em particular, buscou-se conhecer os sentimentos maternos relacionados a tal contexto.

Método

Participantes

Participaram do estudo 18 mães de bebês nascidos extremamente prematuros. Os bebês tinham entre 25 e 28 semanas gestacionais e pesavam entre 625g e 1000g. Os critérios de exclusão em relação aos bebês foram: impedimentos significativos do sensorio; meningites e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). As mães tinham idade entre 20 e 43 anos (média de 30,11 anos), primíparas, nível de escolaridade variando do ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo, e tinham nível socioeconômico de baixo a médio-baixo. Todas residiam na região metropolitana de Porto Alegre. As causas da prematuridade dos recém-nascidos foram: infecções (três mães), pré-eclâmpsia (oito mães) e não declarado no prontuário (seis mães). Todas as participantes integravam o projeto “*Prematuridade e parentalidade: do nascimento aos 36 meses de vida da criança*” (PREPAR; Lopes et al., 2016), realizado no Núcleo de Infância de Família – NUDIF/UFRGS (www.ufrgs.br/nudif), que acompanhou 90 famílias de prematuros ao longo dos três primeiros anos de vida. O Projeto PREPAR (Lopes et al., 2016) teve o objetivo de investigar a experiência da parentalidade e o desenvolvimento do bebê no contexto da prematuridade, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Processo No. 22009015) e pelos comitês de ética dos hospitais participantes do estudo. Para fins do presente estudo, foram selecionados do Projeto PREPAR (Lopes et al., 2016) todos os bebês com extremo baixo peso, levando em consideração os critérios de exclusão mencionados acima.

Delineamento, Procedimentos e Instrumentos

Trata-se de um estudo descritivo que investigou, por meio de entrevistas, a experiência da maternidade mães de bebês extremamente prematuros durante suas

hospitalizações na UTI Neo. Os bebês que faziam parte do projeto PREPAR (Lopes et al., 2016) não poderiam apresentar má-formação congênita. Os critérios de exclusão para as mães foram: uso de drogas, ser portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e ter alguma deficiência cognitiva relevante.

Para os efeitos do presente estudo, famílias participantes do PREPAR que preenchem os critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas. Seguindo o procedimento do projeto PREPAR, o convite para as mães participarem da pesquisa foi realizado em dois hospitais da rede pública de Porto Alegre no 15º dia após o parto. As mães que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam à Entrevista de Dados Demográficos da Família (NUDIF, 2009a) e à Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-Termo e da Mãe/Pós-Parto (NUDIF, 2009b), a qual enfoca aspectos gerais de saúde da mãe e do bebê durante o período pós-parto. Em um segundo encontro, era realizada a Entrevista sobre a Maternidade no Contexto da Prematuridade/Pós-Parto (NUDIF, 2009c), que consiste em seis blocos de questões que enfocam diversos aspectos da maternidade após o nascimento prematuro do bebê, tais como: (1) o dia a dia na UTI Neo (“Como é a tua rotina na UTI?”); (2) a relação da mãe com o bebê na UTI (“Quais cuidados a mãe tem conseguido assumir o com o bebê?”) (3) a experiência como mãe (“Como está a tua rotina como mãe do bebê neste momento?”); (4) pessoas que ajudam a cuidar do bebê (“Como a mãe se sente com estes cuidados?”); (5) participação do pai do bebê (“Ele ajuda nos cuidados com o bebê?”); (6) pessoas que tem ajudado durante a internação do bebê (“Você recebe o apoio de alguém neste momento?”). As entrevistas eram estruturadas, mas realizadas de forma semi-dirigida e duravam em torno de 90 minutos, sendo realizadas em local reservado dos próprios hospitais.

Resultados

Análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 2011; Laville & Dione, 1999) foi utilizada para se examinar as respostas das mães às entrevistas, pautada na ideia de que, em estudos qualitativos (APA, 2020), é importante a busca pelo novo e este deve ser sempre considerado, mesmo que apareça de forma única. Assim, no presente estudo não se buscou a saturação teórica, de forma que um único exemplo de relato em um tema foi considerado pela sua relevância, pois o que se busca é a essência do fenômeno estudado (Henwood & Pidgeon, 2010), o

significado do que se está tentando compreender, sem o objetivo de quantificar, como é praxe de estudos qualitativos (APA, 2020). De qualquer forma, para facilitar a descrição dos resultados e indicar o quanto determinado relato foi mencionado pelas mães, optou-se pela seguinte enunciação (Hill et al., 2005): um/poucos casos (1 a 3); vários casos (4 a 7); muitos casos (8 a 11); a maioria dos casos (12 a 15); e a grande maioria dos casos/todas (16 a 18).

Para fins de análise, desenvolveram-se eixos temáticos inspirados nas entrevistas. Foram criados três eixos que nortearam as análises: (1) *Sentimentos sobre a UTI Neo*; na qual destacaram-se os relatos de como as mães se sentiam em relação à equipe, sua rotina na UTI Neo e os momentos de separação do filho, quando retornava para casa; (2) Sentimentos sobre as manifestações do bebê, que consistiu nas percepções das mães quanto as manifestações do bebê relacionadas a ela e ao ambiente que cercava o bebê; e (3) Sentimentos sobre a maternidade, onde destacaram-se os relatos das preocupações, dificuldades e frustrações das mães sobre os cuidados do bebê, bem como suas ansiedades, angústias e medos frente a prematuridade e a amamentação.

Sentimentos sobre a UTI Neo

Em relação à equipe, várias mães (7) destacaram em seus relatos a disponibilidade e dedicação por parte da equipe: “*Eu acho as enfermeiras muito prestativas, elas tão sempre de olho (...), passa um pouco mais de tranquilidade pra gente que tem que ir pra casa e deixar eles aqui*”. (M5) Pelo menos uma mãe relatou a importância de a equipe formar laços afetivos com seu bebê: “*Hoje parece que fica mais tempo uma enfermeira, então já começa a criar um laço com ela, aí já não fico tão insegura*”. (M16)

Muitas mães (10) destacaram que a equipe foi disponível para conversar e explicar para elas o quadro de saúde do filho: “*O que vai ser feito, ou o que foi feito, por que foi coletado o sangue, para que exame foi feito, qual o resultado que deu, ela sempre me fala*”. (M3) Poucas mães (2) destacaram, inclusive, que se sentiam cuidadas pela equipe, quando seus bebês estavam sendo bem cuidados: “*Então, cuidando bem dela, estão cuidando como se fosse de mim também*”. (M17)

Contudo, várias mães (6) relataram momentos de inadequação da equipe em relação ao bebê: “*A gente lava as mãos, a gente esteriliza, passa álcool, a gente toma todos os cuidados. Teve um dia que eu vi um enfermeiro mexendo no telefone, largava o telefone, vinha e mexia nele [no bebê]*”. (M7) Nesse sentido, também foram verbalizados momentos delicados relacionados à família por várias mães (7): “*A gente*

queria informação do que estava acontecendo com ela naquele momento e o plantonista não queria vim dar informação. Aí ele veio de uma má vontade, mas veio. Ele disse que ela tinha mais chance de morrer que de sobreviver”. (M2)

Poucas mães (3) verbalizaram preocupação com o julgamento da equipe em relação ao papel delas como mães: “Acho que, no ver deles, eles estão me achando uma mãe desnaturada. Porque as outras mães vão todos os dias, e eu vou só três vezes por semana”. (M9) Pelo menos uma mãe relatou sentir que a equipe restringia suas atitudes frente ao seu bebê: “Porque eu estava passando a mão nele, alisando, e ela disse: ‘Mãe, tu não pode fazer isso’, e eu: ‘Oh, meu Deus do céu, por quê?’, ela: ‘Não, porque isso incomoda o teu filho’, mas eu estava fazendo e ele estava quietinho”. (M18)

Com relação à rotina na UTI Neo, os relatos da maioria das mães (13) indicaram que a experiência materna no dia a dia dentro do hospital era de altos e baixos e com vários momentos limítrofes: “Apitou uma coisinha, olha qualquer coisa e essa situação do prematuro é assim, borderline, como a gente diz, tá bem, depois tá muito ruim, ele tá numa situação limítrofe” (M18); “Um dia eu chego aqui ela tá bem, outro ela tá sendo entubada, aí eu entro em desespero, choro, é um dia após o outro”. (M13) Pelo menos uma mãe destacou a importância de permanecer “forte” nesse momento: “Vontade de sair correndo, ou me fechar num lugar e ficar dormindo até passar tudo isso. Mas eu posso dizer que, ao mesmo tempo eu sou forte (...), eu não posso agora desmoronar”. (M16)

Várias mães (7) incorporaram a rotina da UTI Neo em suas vidas: “Eu chego lá pelas nove e meia (...) fico lá do lado dela. Só saio da sala se alguém me pede para sair. Senão, fico lá o tempo todo do lado dela, e saio às seis e meia, que eu vou embora” (M3) e várias (5) assumiram uma postura ativa e interessada nos mínimos detalhes a respeito da saúde do filho: “Eu fico acompanhando o dia dele, o dia inteiro, como ele tá reagindo, como tá a saturação, como tá o batimento cardíaco, se tá na dieta, se não tá na dieta. Fico controlando os aparelhos, controlando os medicamentos, tal horário”. (M4) Contudo, tal postura, quando estimulada pela equipe, não foi bem aceita, pelo menos por uma mãe: “Ela me xingou porque eu tinha que ficar olhando, daí eu falei para o doutor: ‘Mas enquanto ela está aqui quem tem que ficar cuidando é ela, não é eu, eu venho visitar ela, para saber se ela está bem’”. (M9)

Por fim, separações e reencontros também foram destacados e várias mães (7) relataram que um dos momentos mais difíceis de separação foi na sua alta hospitalar: “Horrível, é inexplicável, não tenho palavras para dizer, tu ir embora sem levar o teu filho” (M13); “Enquanto eu estava aqui não queria ir embora, não queria que me dessem alta.

(...) Ir pra casa pra quê? Se a minha vida tá aqui dentro, não tem por que ir pra casa”. (M8)

Ao longo da internação do bebê, muitas mães (8) estabeleciam um ritual diário na hora de irem para casa, por exemplo, esperando o bebê dormir: “Quando eu vejo que ela dormiu bem, pegou bem no sono, eu saio. Mas quando ela tá acordada eu nunca sai”. (M2) Duas mães rezavam para seu bebê: “Eu dou tchau pra ela, dou boa noite, digo para ficar com Deus, faço uma oração antes de ir” (M3); “Faço as minhas orações para ele, sempre dentro do hospital. Então eu acho que eu vou, mas o meu coração fica aqui com ele, não adianta”. (M9)

Já os momentos de reencontro foram vivenciados com alegria por várias mães (7): “O reencontro é sempre bom. Esteja dormindo, sedada ou acordada, sempre é bom”. (M1) Porém, poucas mães (2) relataram medo no regresso ao hospital: “A minha vontade quando eu descia do carro era dizer para ele [marido]: ‘Quem sabe tu vais indo, depois eu vou’. Não, mas eu não posso, senão eu vou mostrar que eu tô sendo fraca, eu tenho que ser corajosa, eu tenho que ir” (M16); “Eu tenho medo de entrar na sala e não encontrar ela (...), olbo do meio do corredor, olbo pro berço, aí só me alivia de olhar para o berço dela e ela está ali”. (M13)

Sentimentos sobre as Manifestações do Bebê

As verbalizações da maioria das mães (14) do presente estudo apontaram que seus bebês ficavam procurando pela direção das suas vozes, e que estes sentiam a presença materna na UTI Neo: “Ela já conhece até a voz da gente. Quando a gente conversa com ela já fica procurando” (M17); “Eu acho que ele me enxerga, e eu gosto quando ele abre o olho e fica me olhando. Porque tu pensa: o nenê tá me reconhecendo”. (M18) Pelo menos uma mãe percebeu que o coração de seu bebê disparou com seu toque: “Eu acho que é porque eu coloco a mão nela e ela quer responder e ela se agita, o coraçãozinho bate mais, é onde ela satura (...). Às vezes eu chego ali e boto a mão na mãozinha dela e já fecho, só para saber que eu tô ali, que já cheguei”. (M16) Nesse sentido, pelo menos uma mãe verbalizou dúvida se seu toque poderia trazer desconforto ao filho: “Esses dias eu peguei e fiz assim, toquei na cabecinha dele, e ele (reagiu), e eu: ‘Aí pobrezinho, será que toquei, aí eu fico, será que toquei com a mão gelada?’ E às vezes eu esquento um pouco a mão antes de tocar, pra não dar aquele choque, porque tá quentinho”. (M6)

Pelo menos uma mãe verbalizou que a respiração da filha se acalmava com a sua presença: “A respiração dela fica mais calma quando ela está comigo”. (M9) Outra mãe destacou as eventuais semelhanças nas manifestações da filha dentro e fora da barriga: “Daí eu falo da mesma forma agora com ela, e ela responde dando um sorriso, ou

movendo um braço ou uma perna, que dentro da minha barriga ela mexia, quando eu falava com ela, ela dava umas mexidas. E hoje ela faz a mesma coisa". (M3)

Quanto às manifestações do bebê frente ao ambiente, muitas mães (11) relataram seus sentimentos frente à agitação do filho, sendo esses sentimentos tanto negativos, mencionados por algumas mães: "*Bem angustiada daí. Bem angustiada*" (M1), como positivos, mencionados por várias delas: "*Eu já gosto dela mais agitada, daí eu vejo que ela tá bem*". (M10) Várias mães (4) disseram perceber como os filhos se sentiam frente às situações de cuidado dentro da UTI Neo: "*Quando ela tá dentro da incubadora, às vezes, quando mexem nela, ela não gosta que mexam nela*" (M3); "*Quando mexe nela, quando as enfermeiras mexem nela, pra limpar, ela já faz cara feia como que estivesse incomodada*". (M14)

Muitas mães (9) também perceberam que as manifestações do bebê eram diferentes frente à equipe ou a elas: "*Quando eu toco nela, ela se acalma. Quando a enfermeira toca, ela se agita. Quando outras pessoas tocam, ela se agita*" (M3); "*Quando as enfermeiras chegam, ela já começa a pular, porque decerto ela sabe, não tirar sangue, coitadinha*". (M5)

A empatia de muitas mães (11) frente às manifestações do bebê também merece destaque e pode ser entendida como um indicador do estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000): "*Ontem elas tiraram o sangue dela, e ela fez uma cara de choro que aí, aquilo me cortou o coração*" (M5); "*Para mim foi uma tristeza quando eu vi eles tirando uma fitinha do pé dela e grudando ali, ela começou a chorar (...), parecia assim que estavam me matando ali, porque eu também já comecei a chorar junto, daí agora eu me controlo mais. Mas eu choro por dentro, muito, sabe, muito, muito*". (M16) Por outro lado, pelo menos uma das mães relatou que achava que a filha não sentia dor frente aos procedimentos na UTI: "*Acho que ela não sente, não sei. Porque ao mesmo tempo ela estaria em mim, né? Aí eu não sei se dentro de mim ela não sente dor, então eu não sei ali também*". (M9) O choro do bebê foi visto como algo positivo por uma das mães: "*Eu fiquei feliz por causa da expressão, de saber que ela é um bebê e bebê chorá*". (M12)

Já para poucas mães (2), o choro despertava angústia: "*Me angustia, porque parece que ela chora assim, me angustia porque parece que ela quer colo e eu não posso pegar, daí ela chorá*". (M13) Pelo menos uma das mães relacionou as mudanças nas manifestações do bebê frente ao ambiente com uma melhora da saúde dele: "*Ela tá sorrindo, ela tá ficando mais tempo acordada, ela tá mais espertinha. Então ela tá igual aos bebês que não... como é que eu vou dizer, bebê que não tá na UTI, ela tivesse assim como um bebê que tá em casa, brincando, ela brinca, ela puxa a sondinha*". (M16)

Poucas mães (2) pareciam atribuir características de personalidade ao filho a partir das manifestações desse ao ambiente: "*Ela demonstra que ela vai ser uma criança agitada, ela não para agora, ela tá com os aparelhos, ela fuça neles até eles apitarem*". (M5); "*Eu acho que ele é sapequinha sim. Metendo a mão no tubo, querendo tirar o tubo e um dia ele se grudou no tubo, não queria que tirasse a mão dele*". (M6)

Sentimentos sobre a Maternidade

Com relação aos sentimentos envolvendo a maternidade, várias mães relataram que se sentiam tristes (4), desesperadas (3), deprimidas (2), incapazes (1) e estressadas (1): "*Eu fico muito triste de ver ela assim, de ter acontecido isso tudo, porque eu não esperava que isso fosse acontecer, foi tão de repente, é um choque quando tu chega assim e vê um nenê tão pequeno*" (M12); "*Às vezes eu me sinto meio perdida, porque eu vejo ele daquele jeito (...), às vezes bate o desespero, eu choro, daqui a pouco eu já tô mais animada, entro lá pra dentro, converso com ele, fico pertinho dele, me sinto bem perto dele*". (M7)

Por outro lado, várias (4) mães viam a experiência na UTI Neo como boa por ter tido o filho e como um momento de muito aprendizado: "*Tá sendo muito bom, como é bom ser mãe, se eu soubesse que era tão bom eu não tinha levado tanto tempo*" (M16); "*Até tô aprendendo um monte de coisa, tô aprendendo como é que eu vou cuidar dela em casa, algumas particularidades de cuidar de bebê a gente vai aprendendo no primeiro mês, e até que eu vou perguntando*". (M3) Muitas mães (10) também verbalizaram chorar durante o período de internação de seus bebês: "*Porque eu vi ela, eu tava, eu acho que com o efeito da anestesia, eu enxerguei um bebezão, quando eu cheguei pra ver ela assim e vi um bebezinho, aquilo ali rachou o meu coração, eu caí em choro, fiquei três dias, não chegava perto da incubadora, ficava chorando, mas depois conforme foi, assim, eu fui me acostumando com ela*". (M13) Três mães relataram que ter um bebê prematuro era uma experiência nova para elas, ruim e difícil: "*Essa experiência tá sendo uma experiência nova, diferente, porque é a primeira prematura que eu tive. Primeira e última. E não é muito boa a experiência*". (M1) Como resumiu uma das mães, "*é um bombardeio de sentimentos*". (M16)

Poucas mães (3) verbalizaram se sentirem culpadas por seu bebê ter nascido prematuro: "*Acho que às vezes, sem querer, acho que sempre acaba se sentindo um pouco culpada: 'O que será que tu fez, que tu não fez pra ele tá assim?'*" (M6) Contudo, uma das mães disse que, após o nascimento do filho, se sentiu mais responsável: "*Tô me sentindo bem responsável com ele*". (M8) Já outra mãe percebeu que poderia abrir mão de tudo pelo filho: "*Tu passa fome, tudo pelo teu filho, isso eu sinto já agora, sem ela, que eu não tô com ela*".

nos meus braços. Não penso mais em mim, agora é ela, tudo é ela, qualquer coisa que eu vou fazer é a S. na minha vida". (M16)

Cabe ressaltar que várias mães (7) relataram que não se sentiam mães ainda, por não poderem ter os cuidados que teriam com o filho se ele tivesse nascido a termo: *"Ela não tá comigo todo dia, por enquanto eu não sou mãe, eu só venho ver ela, mas acho que mãe ali é elas, porque é elas que dão leite, é elas que cuidam"* (M9); *"Eu não sou mãe o tempo inteiro"*. (M18)

Relatos de poucas mães (3) também revelaram que elas estavam bastante ligadas e empáticas ao que acontecia com seu filho, sentindo o que o bebê sentia: *"Eu sinto que às vezes ela sente dor. Isso eu sinto. Quando ela não tá bem eu sinto"* (M3); *"Eu me desliguei do mundo pra me focalizar no L."* (M4); ou ainda desejando estar no lugar do bebê, para que ele não sofresse nem sentisse dor: *"Se eu pudesse ficava, trocava de lugar com ela, sentiria todas as dores que ela tá sentindo, mas eu fico sempre do lado dela"*. (M5) Pelo menos uma mãe relatou que, quando olhava para o filho, não via a incubadora nem os aparelhos, apenas o seu bebê: *"Ver o L. na incubadora, poxa, eu fiquei tão feliz, eu não vejo incubadora, eu não vejo aparelho, eu não vejo nada disso, eu vejo só o meu filho, é só ele que eu vejo"*. (M4)

Sobre os cuidados e preocupações com o bebê, uma das mais recorrentes para muitas mães (11) foi em relação à saúde e ao ganho de peso do filho: *"Eu quero é que ela saia daqui com peso e saudável, só isso que eu quero. O resto pra mim não importa"*. (M4) Além disso, várias mães (5) verbalizaram preocupação em deixar o filho no hospital à noite: *"Eu sinto como se, quando eu tô ali perto dela parece que nada vai acontecer, que se acontecer eu tô ali, eu posso fazer alguma coisa, chamar alguém. Porque quando eu vou pra casa de noite eu fico pensando: 'Ai, será que tão perto dela? Será que tão cuidando direitinho?'"* (M2)

Em relação a como seria quando o filho estivesse em casa, poucas mães (3) relataram sua preocupação se saberiam como cuidar do bebê: *"Hoje eu tava até pensando, quando eu levar ela pra casa, como é que vai ser? (...) Quando ela tiver chorando, eu vou conseguir acalmar ela? Ai, quando ela chorar, eu vou saber que ela tá chorando de choro, de que quer um colo, ou de choro que tá com dor?"* (M3) Pelo menos uma das mães destacou que o filho precisaria de mais cuidados que outros bebês, por ser prematuro: *"A diferença por causa dos cuidados, vai ter que ser bem mais cuidado, o cuidado vai ter que ser dobrado com ela. Tudo tem que ser diferente agora"*. (M1) Outra temia que o bebê piorasse: *"É dela piorar, dar de novo esse negócio que deu nela"*. (M10) Contudo, poucas mães (2) também disseram não ter preocupação no momento: *"Preocupação, preocupação, preocupação nenhuma assim"* (M4)

Em relação aos cuidados com o bebê, a incubadora apareceu, para várias mães (5), como um importante meio de cuidado: *"É um pouquinho difícil por causa do contato meu, de não poder tocar muito, não poder pegar ela no colo, mas em si a incubadora tu vê que ela tá protegida, que ela vai ficar bem"* (M14); *"Agora eu vejo que o mais certo é ela tá ali na incubadora do que comigo. Então eu tô me apegando com isso, que ela tá bem, melhor do que tá comigo"* (M16); *"Eu me sinto como se tivesse numa incubadora também. A incubadora é uma situação assim ó, é um mal necessário"*. (M18)

Como a maioria das mães (13) não podia ainda pegar o bebê no colo, muitas delas (8) relataram utilizar outras formas de aproximação: *"Quando ele fica muito agitado, eu procuro não tocar muito nele porque daí ele tá muito sensível. Daí procuro não tocar muito, só converso, canto pra ele. Tento tranquilizar ele, sem muito contato"* (M4); *"Converso com um bebê normal, ela quer arrancar o tubo, eu falo pra ela: 'Filha, tu te comporta, quando chegar em casa nós vamos conversar'. (...) Converso como se eu tivesse com ela no colo"*. (M13) Várias mães (6) também destacaram que o bebê precisava tanto de cuidados médicos quanto de carinho e atenção por parte da mãe e do pai: *"De carinho da mãe, do pai, e atenção (...), não só as enfermeiras, mas o pai e mãe, que eu acho isso muito importante"* (M3); *"Os médicos, eles dão injeção, dão os medicamentos, botam fralda, mas o carinho quem dá é a mãe"*. (M8)

Com relação à amamentação, a grande maioria das mães (16) relatou o desejo de amamentar seu bebê em algum momento: *"Quando ela começar a mamar eu quero ter leite, eu quero ter leite, porque eu quero amamentar, nossa, muito"*. (M3) O sofrimento por não poder amamentar também estava presente nas falas das mães: *"No começo foi doloroso porque eu via todo mundo amamentando os bebês"*. (M13) Muitas mães (11) estavam frequentando o banco de leite do hospital, a fim de tirar leite para o filho: *"A primeira vez que eu tirei, tirei uma canequinha e mais meio, primeira vez, nunca tinha tirado"* (M8); *"Eu tô tirando aos pouquinhos. Duas vezes por dia, uma vez por dia"*. (M17) Uma das mães relatou ter medo de não conseguir amamentar seu bebê no futuro: *"[Medo] de não conseguir amamentar, de o médico dizer assim: 'A S. tá liberada pra mamar no peito', e aí? Daí eu não tenho o peito, o leite pra dar pra ela, o que que eu faço?"* (M16)

Discussão

Os relatos do presente estudo revelaram a complexidade de sentimentos envoltos com a prematuridade e a internação do bebê na UTI Neo. No que diz respeito à primeira categoria, algumas mães

relataram fortes laços afetivos com os profissionais, enquanto outras sentiam a postura da equipe como invasiva ou se sentiam julgadas. A literatura sugere que as mães parecem ainda estar gerando mentalmente o filho nascido prematuro, em um estado de sensibilidade exacerbado, exigindo um cuidado e sensibilidade especial de qualquer pessoa que delas se aproxime (Esteves & Piccinini, 2020; Moreira et al., 2011; Steibel et al., 2014). A equipe e a incubadora parecem representar, para algumas mães, o útero que está gerando o bebê, só que fora do ventre materno (Esteves, 2017; Moreira et al., 2011; Steibel et al., 2014).

Os relatos maternos destacaram que os profissionais tenderam a adotar uma postura de ensinar as mães a como cuidar dos seus filhos. Winnicott (2006) concebeu em sua teoria do amadurecimento emocional que o melhor que um profissional tem a fazer nesse momento sensível do puerpério é não tentar ensinar as mães a como cuidar de seus bebês, mas sim, incentivá-las a conhecê-los e reconhecer sua própria habilidade em atender as necessidades do filho. Ele afirmou que o profissional precisa saber que a mãe é a única pessoa realmente indicada para adaptar-se às necessidades do bebê, que exigem a sutileza de entendimento da mãe verdadeira (Winnicott, 2006).

As mães do estudo incorporaram a rotina e toda complexidade da UTI Neo em suas vidas. Pode ser observado em seus relatos o que Agman, Druon e Frichet (2011) denominaram de “preocupação médico-primária”, um estado psíquico que acontece quando a mãe “ocupa uma função mais médica que maternal” (p. 27). Os autores assinalam ainda que, com esse comportamento, fica-se com a impressão de que elas estão deixando de lado os cuidados maternos, característicos da preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000), para desenvolver uma preocupação médico-primária, que consiste em se ocupar prioritariamente e, por vezes, unicamente de informações e condutas que são atributos dos profissionais de saúde. Para Agman et al. (2011), a mãe de um bebê prematuro pode inclusive rivalizar com a equipe da UTI Neo, que, segundo seu julgamento, estaria completando um ciclo não concluído por ela, pois sua gestação foi interrompida.

No entanto, para além do que foi destacado pelos autores acima, pode-se pensar também que, ao assumir essa postura, a mãe conseguirá encontrar meios para se aproximar de seu bebê e que tal comportamento condiz com o contexto vivenciado por ela. É inegável que a separação precoce traz impactos e traumas para a mãe e o bebê. Nesse sentido, a equipe precisa cuidar

para não privar a dupla da oportunidade de estabelecer comunicações emocionais muito importantes para seu desenvolvimento emocional.

Percebe-se, por meio dos relatos do presente estudo, que as angústias maternas que seriam esperadas para essa fase eram muito mais acentuadas e o desafio imposto era ainda maior. O bebê, ou “protobebê”, conforme nomeado no estudo de Moreira et al. (2011), não se encontrava em condições mínimas para estabelecer uma parceria com a mãe, isto é, não era dotado de capacidades mínimas para uma interação. As mães, por sua vez, também foram impactadas pela interrupção na continuidade do seu processo de se tornarem mães, necessitando trabalhar também a sua culpa pelo nascimento prematuro do filho, seu risco de morte e a separação precoce (Vanier, 2018). Isso pode ser retratado pelos momentos de separação do filho, quando as mães vivenciaram profunda tristeza e criaram uma rotina com o filho antes de ir embora, para que este não sentisse tanto sua falta e vice-versa. Winnicott (1962/1983) destacou que a mãe no estado de preocupação materna primária sabe que não deve se ausentar por mais minutos, horas ou dias acima da sua capacidade de se manter viva e parceira. Caso tenha que se afastar por mais tempo, a mãe corre o risco de se transformar em mãe terapeuta, isto é, terá que mimar seu filho para tê-lo de volta.

No caso de mães de bebês nascidos prematuros, a rotina por elas criada para estarem com seus bebês na UTI Neo poderá contribuir, tanto para a mãe quanto para o bebê, para que a experiência de preocupação materna primária seja estabelecida. Contudo, é importante não exigir demais da mãe, lembrando que, na condição de prematuridade, a mãe não dispõe de um bebê como um parceiro em condições mínimas necessárias para estabelecer uma relação com ela. No entanto, acredita-se que a presença na UTI e na rotina poderá auxiliar a mulher no seu processo de tornar-se mãe, interrompido pelo nascimento prematuro do seu bebê, na construção da sua nova identidade relacionada à maternidade. O nascimento de um filho, principalmente do primeiro, como no caso das mães do presente estudo, inicia concretamente a transição para a maternidade. A mulher se vê diretamente implicada a abandonar seu papel de filha e assumir o de mãe devido às profundas modificações desencadeadas pelo parto (Brazelton & Cramer, 1992). No entendimento de Szejer e Stewart (1997), o momento do parto é onde todas as filhas e todas as mães que a mulher já foi no decorrer da sua vida se fazem presentes no seu inconsciente, além da

futura mãe que está se formando naquele momento e nos dias seguintes vivenciados no puerpério.

No entanto, o ambiente da UTI Neo é repleto de momentos extremamente intrusivos para a dupla mãe/bebê, o que tende a dificultar esse processo, como verbalizado pelas mães do presente estudo e em outros estudos (Moreira et al., 2011; Steibel et al., 2014). Winnicott (1956/2000), com suas descobertas sobre a natureza humana, destacou ser necessário o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva do desenvolvimento infantil, o que capacitaria o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um si mesmo pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Sem o fornecimento desse ambiente inicial suficientemente bom, esse si mesmo pode nunca se desenvolver.

Nesse sentido, cabe se pensar o que pode ser feito, no contexto de uma UTI Neo, para que esse ambiente seja mais facilitador das aproximações iniciais, sem deixar de lado a sobrevivência física do bebê. No processo da internação, torna-se importante a sustentação profissional que leve em consideração a condição em que se encontram as mães e seu bebês. No caso das mães do presente estudo, em alguns momentos, a equipe parecia querer ensiná-las ou corrigi-las nos cuidados com seus filhos, atitude que pode deixar as mães inseguras quanto a sua função. Pesquisas têm destacado que a equipe muitas vezes desconsidera a importância do cuidado visando a sobrevivência psíquica da mãe e do bebê, para além da sobrevivência física (Espíndola & Carvalho, 2020; Mathelin, 1999; Steibel et al., 2014). Nesse sentido, estudos recomendam a atenção humanizada em relação aos pais que se encontram com seus bebês internados na UTI Neo (Espíndola & Carvalho, 2020; Heydarpour, Keshavarz, & Bakhtiar, 2016).

Os sentimentos maternos em relação às manifestações do bebê, encontrados no estudo, estão fortemente vinculados à interrupção na continuidade da gestação e da maternidade que o nascimento prematuro e a UTI Neo submetem a mãe e o bebê. A interrupção precoce da gestação não rompe somente com a relação física, que vinha se desenvolvendo entre a mãe e o feto, mas, também entre a mãe e seu bebê imaginado, repleto de expectativas e de possibilidades narcísicas. Com isso rompe-se bruscamente o desenvolvimento da conexão psíquica da díade e força um encontro entre um bebê real e uma mãe que ainda está gerando o filho psiquicamente.

Como consequência, isso pode dificultar que a mãe abra um caminho para identificações sutis com

seu bebê, em que a mãe se permite supor o que o bebê necessita, entender suas manifestações e se colocar no lugar do filho. No caso de bebês nascidos prematuros mantidos na incubadora isso fica obviamente dificultado e a teoria winnicottiana que trata do estado de preocupação materna primária pode ser expandida para considerar esses bebês e o contexto da prematuridade.

Porém, destacaram-se igualmente nas verbalizações maternas, o investimento narcísico das mães nos seus bebês, a partir da leitura materna das manifestações dos filhos. As participantes do presente estudo utilizaram recursos como o toque e fala para se sentirem mais próximas dos seus bebês, e consequentemente, mais livres para exercerem a maternidade. Por meio do toque, da fala e do cuidado corporal, a mãe constrói hipóteses a respeito das manifestações do bebê, permitindo, assim, uma atitude transativista de reconhecimento e antecipação (Ferrari & Donelli, 2010). No caso dos bebês nascidos prematuros do presente estudo, durante algum tempo, eles não podiam ser tocados ou segurados no colo por suas mães, contatos estes são fundamentais para que a mãe consiga entrar em sintonia com o seu bebê. Com o passar do tempo e melhora clínica dos bebês, as mães conseguiram começar a entender melhor as manifestações dos filhos e criar momentos para que a dupla conseguisse vivenciar experiências transativista juntos.

Os relatos maternos sobre os momentos nos quais o bebê manifestava sentir dor ou parecia precisar da mãe remetem ao que Winnicott (1990) chamou de experiência de mutualidade, ilustrado no estudo de Steibel, Caron e Lopes (2014), que acompanhou o percurso de um bebê nascido extremamente prematuro na UTI, por meio do método de observação de bebês (Bick, 1964). Tal experiência se caracteriza por ser uma comunicação silenciosa, não verbal (Winnicott, 1990). A habilidade de comunicar-se está fundada, inicialmente, em uma interação pré-verbal estabelecida por intermédio da “mutualidade” entre a mãe e o bebê (Winnicott, 1990), como sugerem os achados do presente estudo.

Da mesma forma, as mães do presente estudo apresentaram indícios de estarem sensíveis e se preocuparem em entender as necessidades dos filhos, a partir das suas manifestações. Tais achados estavam presentes no olhar cuidadoso dirigido à criança, nas palavras ditas a ela e na maneira como tentavam interpretar os sinais do bebê. Tal comportamento foi revelado, particularmente, no relato de uma mãe que destacou que a respiração do bebê mudava com a voz dela.

Um aspecto que chamou particularmente a atenção foi uma das mães do estudo acreditar que, como seu bebê não sentia dor quando estava dentro de sua barriga, também não sentia dor durante os procedimentos da equipe. Como foi destacado anteriormente, a situação da prematuridade e interrupção do processo de gestação, pode gerar muito sofrimento e confusão nas mães. Algumas mães do presente estudo pareciam ainda estar gerando psicologicamente seus bebês e não viam a diferença entre ele estar fora ou dentro da barriga (Esteves, 2017). Tais sentimentos e sensações primitivas parecem ter conexão com o trauma que a ruptura precoce na continuidade da gestação ocasiona.

Com relação à terceira categoria, sentimentos maternos, os relatos apresentados destacaram a preocupação dessas mães com seus bebês, as frustrações e decepções por não poderem cuidar do filho sem a constante interferência dos procedimentos médicos da UTI Neo, as dúvidas sobre a sobrevivência e a alta do bebê, o desejo de amamentar, bem como a satisfação de vivenciar a maternidade, ainda que com algumas particularidades.

Muitos dos relatos apresentados pelas mães do presente estudo ilustram contradições de sentimentos, mas também destacam a tristeza e a depressão, passando pela culpa pelo nascimento prematuro, até a sensação de responsabilidade e a necessidade de se manterem fortalecidas para cuidarem de seus bebês. No que diz respeito aos sentimentos maternos no contexto da prematuridade, Inger, Kari e Berit (2017) destacam que as mães passam por um sofrimento físico e psicológico para poder cuidar e assumir a responsabilidade pelo seu bebê. O contexto da prematuridade envolve sentimentos contraditórios relacionados a dar à luz, reflexões sobre a fronteira vida e morte, tornar-se mãe na realidade e experimentar o esgotamento físico.

Embora algumas participantes tenham relatado dificuldades em se perceberem como mães naquele momento, outras manifestaram empatia e atenção às necessidades do bebê, em sintonia com o conceito de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000). Como explicitado anteriormente, essa é uma condição fundamental da mãe para que o bebê tenha suas necessidades atendidas de maneira satisfatória, sejam elas quais forem, e possa, a partir daí, continuar se desenvolvendo. Há situações, no entanto, em que o ambiente falha ou é impossibilitado de agir, como costuma ser o contexto da prematuridade, o que poderá ser sentido como uma intrusão no processo de continuidade de ser do bebê (Winnicott, 1956/2000). No entanto, para não

exigir demais das mães, é preciso lembrar que o bebê não se encontra em condições mínimas necessárias para se tornar um parceiro na interação com a mãe, condição também necessária para a preocupação materna primária ou para a experiência de mutualidade.

No que se refere à amamentação, foi perceptível o desejo das mães em amamentarem seus bebês e o sofrimento por não poder fazê-lo, bem como o medo de não conseguir amamentar após a alta hospitalar. Nesse sentido, parece haver um desencaixe na comunicação da díade no contexto da prematuridade: a mãe com leite e desejando amamentar e o bebê nascido prematuro impossibilitado de mamar, pelo menos por alguns dias e semanas, até que a situação possa se inverter (Moreira et al., 2011).

Por fim, uma das particularidades da prematuridade refere-se ao uso da incubadora nos cuidados com o bebê. Nesse sentido, as mães relataram diversos sentimentos em relação a essa forma de cuidado: proteção para o bebê, priva do contato com a mãe e um mal necessário, foram algumas colocações das mães. Tais sentimentos corroboram com os achados da literatura, no qual as mães relataram sentimentos ambivalentes em relação à incubadora, pois, ao mesmo tempo que se sentiam tristes por verem seus bebês no aparelho, sentiam-se também agradecidas por poderem oferecer aos filhos a possibilidade de sobrevivência (El-Aouar, 2016).

Uma mãe destacou que se sentia dentro da incubadora também, o que pode indicar que tanto ela, quanto seu bebê, encontravam-se em um estágio de dependência absoluta. Porém, com o útero sendo substituído por uma incubadora e os movimentos fetais por um vazio, privados temporariamente um do outro por estarem separados e tendo que se deparar com o desafio diário da luta entre a vida e morte.

Considerações Finais

O presente estudo teve por objetivo investigar a experiência da maternidade de mães de bebês nascidos extremamente prematuros durante suas hospitalizações na UTI Neo e, em particular, os sentimentos maternos relacionados a esse contexto. A partir da análise das verbalizações das mães, foi possível perceber que essa experiência é permeada por sentimentos, como tristeza, ambivalência em relação à equipe, desespero, incapacidade e culpa. O bebê nascido prematuro tende a ser menos responsivo, desorganizado nos momentos de sono e vigília, hipersensível ou hipossensível, além de outras características. Tais particularidades, associadas

ao trauma de ter a gestação interrompida, poderão frear temporariamente a capacidade da mãe de entender as necessidades do bebê e sua confiança para exercer a maternidade. Pode-se dizer que é um momento de duplo trauma: o trauma causado pelo nascimento e o trauma do encontro mãe/bebê.

Porém, caso essa angústia materna seja acolhida pelos profissionais da saúde e pela família, as mães tendem, como observado no presente estudo, a ver a experiência na UTI Neo como uma boa oportunidade de aprendizado sobre o filho nascido prematuro. Essa oportunidade de aprendizado por ser exemplificada com a criação de uma rotina de cuidados para se aproximarem dos seus bebês.

Com base no retratado no presente estudo, é fundamental que o profissional da saúde que trabalha com a díade mãe-bebê prematuro esteja atento à falta de valorização das competências maternas no período da internação na UTI Neo. Assim, poderá focar seu trabalho na empatia e disponibilidade da mãe para viver as experiências possíveis com seu bebê. A escuta das mães proporciona a oportunidade de se envolverem ativamente no atendimento nesse contexto.

Por fim, o presente estudo apresenta algumas limitações, como o fato de ser uma pesquisa transversal, restrita ao período de internação do bebê e que não acompanhou longitudinalmente essas famílias no decorrer do desenvolvimento do bebê. Outra sugestão que mereceria ser abordada em novos estudos refere-se aos acompanhamentos psicológicos perinatais no momento da internação que visam acolher e diminuir as ansiedades e conflitos maternos. Uma escuta profissional empática e disponível no imprevisível e difícil contexto da prematuridade poderá contribuir na construção de uma nova identidade materna.

Referências

- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (2011). Intervenções psicológicas em neonatologia. Em D. de B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp.17-34). Salvador: Ágalma.
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual* (7th ed.). Washington, DC: The Author.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Buttia, N., Montiroso, R., Borgattia, R., & Urgesi, C. (2018). Maternal sensitivity is associated with configural processing of infant's cues in preterm and full-term mothers. *Early Human Development*, 125, 35-45. doi:10.1016/
- Cordova, E. G., & Belfort, M. B. (2020). Updates on Assessment and Monitoring of the Postnatal Growth of Preterm Infants. *Neo Reviews*, 21(2), 98-108. doi: 10.1542/neo.21-2-e98
- El-Aouar, I. S. (2016). *Tornando-se mãe de um bebê prematuro: A emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia.
- Espíndola, V. B., & Carvalho, I. S. (2020). O ato de nomear o bebê internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma aposta no advento do sujeito? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* 23(2), 81-89. doi:10.1590/1809-44142020002010
- Esteves, C. M. (2017). *Contribuições da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Cesar Augusto Piccinini.
- Esteves, C. M., Anton, M. C., & Piccinini, C. A. (2011). Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia clínica*, 23(2), 75-99.
- Esteves, C. M., & Piccinini, C. A. (2020). O encontro com o primitivo na UTI Neonatal: contribuições da clínica winnicottiana a partir de um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, 13(2), 500-523. doi: 10.4013/ctc.2020.132.0
- Ferrari, A., & Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: Considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106-112.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (2009a). *Entrevista de dados demográficos da família* (Instrumento não publicado). Núcleo de Infância e Família, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (2009b). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto* (Instrumento não publicado). Núcleo de Infância e Família. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (2009c). *Entrevista sobre a Maternidade no Contexto da Prematuridade/Pós-Parto* (Instrumento não publicado). Núcleo de Infância e Família, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Heydarpour, S., Keshavarz, Z., & Bakhtiari, M. (2016). Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *JAN: Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 138-148. doi: 10.1111/jan.13099
- Henwood, K., & Pidgeon, N. (2010). Teoria Fundamentada. Em G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J. A. Smith, *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 340-361). Porto Alegre: Artmed.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205 doi: 10.1037/0022-0167.52.2.196
- Inger, E. V., Kari, V., & Berit, S. B. (2017). Mothers' experiences of having a premature infant due to pre-eclampsia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 527-534. doi: 10.1111/scs.1247
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Sentineri, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., Fleck, A., Steibel, D., Esteves, C. M., Leão, L. C. S., & Mousquer, P. N. (2016). *Prematuridade e parentalidade: Do nascimento aos 48 meses de vida da criança, 2010-2016 – PREPAR* (Manuscrito não publicado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS, Brasil.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mathewson, K. J., Chow, C. H. T., Dobson, K. G., Pope, E. I., Schmidt, L. A., & Van Lieshout, R. J. (2017). Mental health of extremely low birth weight survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 143(4), 347-383. doi: 10.1037/bul0000091
- Moreira, C. I., Gerhardt, C., Steibel, D., Silveira, F., Caron, N., & Lopes, R. C. S. (2011) A impossível tarefa de segurar o sol com a mão. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 18, 237-254.
- Neri, F., Agostini, P., Salvatori, A., Biasini, F., & Monti, M. (2018). Mother-preterm infant interactions at 3 months of corrected age: influence of maternal depression, anxiety and neonatal birth weight. *Early Human Development*, 125(1-6), 35-45. doi:10.3389/fpsyg.2015.01234
- Schmidt, L. A., & Saigal, S. (2020). Assessing cognitive outcomes in studies of extreme prematurity. *Pediatrics*, 145(2), 33-59. doi: 10.1542/peds.2019-3359
- Shah, P. E., Browne, J., & Tynan, P. J. (2018). Prematurity: Identifying risks and promoting resilience. (2018). In Zeana C. H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health*. New York Guilford Publications, 203-217.
- Stewart, D. L., & Barfield, W. D. (2019). Updates on an At-Risk population: Late-preterm and early-term infants. *Pediatrics*, 144(5), 1-10. doi: 0.1542/peds.2019-2760
- Steibel, D., Caron, N. A., & Lopes, R. S. (2014). An observer's intense and challenging journey observing the short life of an extremely premature baby in Neonatal Intensive Care. *International Journal of Infant Observation*, 17(3), 233-247. doi:10.1080/13698036.2014.975544
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997) *Nove meses na vida de uma mulher: Uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Twohig, A., Reulbach, U., Figuerdo, R., McCarthy, A., McNicholas, F., & Molloy, E. J. (2016). Supporting preterm infant attachment and socioemotional development in the neonatal intensive care unit: staff perceptions. *Infant Mental Health*, 37(2), 160-171. doi:10.1002/imhj.21556
- Vanier, C. (2018). *Premature birth: The baby, the doctor and the psychoanalyst*. New York. Routledge.
- Winnicott, D. W. (1983). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do Psico-USF, Bragança Paulista, v. 28, n. 1, p. 53-66, jan./mar. 2023*

desenvolvimento emocional (pp. 156-162). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2007). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. Em C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp.

102-115). São Paulo: Artmed. (Original publicado em 1969).

World Health Organization & United Nations Children's Fund (2018). *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://reliefweb.int/report/world/survive-and-thrive-transforming-care-every-small-and-sick-newborn?gclid=CjwKCAiAjPyfBhBMEiwAB2CCIgJ4bLD8KziI3FJ-DilWKmSNDR96I6zgU0ORb0OUyMBap9u-SORXcTBoC-nUQAvD_BwE

Recebido em: 15/12/2020

Reformulado em: 30/08/2021

Aprovado em: 14/09/2021

Sobre os autores:

Carolina Marocco Esteves é pós-doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, bolsista CNPq Pós-doutorado Júnior. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui Residência em Psicologia Hospitalar pelo Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Neuropsicóloga pela FMUSP. Pesquisadora da área de Psicologia Hospitalar, Psicologia Perinatal e Psicologia do Desenvolvimento.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1390-5522>

E-mail: carolmak2006@gmail.com

Joice Cadore Sonego tem Especialização em Atendimento Clínico - Ênfase em Psicanálise, mestrado, doutorado e pós-doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora associada do Núcleo de Infância e Família da UFRGS. Docente da FSG Centro Universitário. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da FSG Centro Universitário. Experiência na área de Psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Psicanálise, Desenvolvimento humano e ciclo vital, Transição para a parentalidade, Interdisciplinaridade.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6785-1921>

E-mail: joicesonego@gmail.com

Rita de Cássia Sobreira Lopes possui graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (1982), Licenciatura em Psicologia pela Universidade de Brasília (1981) e doutorado em Psicologia pela University of London (1993). É Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na área de Psicologia do Desenvolvimento, com ênfase em Desenvolvimento Emocional. Sua linha de pesquisa abarca, principalmente, os seguintes tópicos: desenvolvimento emocional primitivo, parentalidade, gestação, parto e puerpério.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6433-1648>

E-mail: ritasobreiralopes@gmail.com

Cesar Augusto Piccinini é Doutor pela University of London (Inglaterra), com Pós-Doutorado na mesma Instituição; Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professor Titular da UFRGS, atuando na Graduação, Especialização, Mestrado e Doutorado em Psicologia. Dedicar-se à pesquisa sobre os aspectos subjetivos e comportamentais relacionados à interação pais-bebê/criança, com destaque para as relações familiares na infância, transição para a maternidade e paternidade e avaliação de intervenções precoces. Pesquisador na área de: desenvolvimento infantil: prematuridade, depressão pós-parto, problemas de comportamento, nascimento do segundo filho e ingresso na creche.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4313-3247>

E-mail: piccicesar@gmail.com

Contato com os autores:

Instituto de Psicologia
Rua Ramiro Barcelos 2600, Santana
Porto Alegre-RS, Brasil
CEP: 90035-006
Fone: +55 51 33085246