

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

Bruna Fragoso Cousseau

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PREMATUROS
QUE PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UTIN**

Santa Maria, RS
2021

Bruna Fragoso Cousseau

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PREMATUROS QUE
PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UTIN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Psicologia, da Universidade Federal de
Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial
para a obtenção do Grau de **Psicóloga**.

Orientadora: Prof. Dr.^a Caroline Rubin Rossato Pereira
Co-orientadora: Rayssa Reck Brum

Santa Maria, RS
2021

Bruna Fragoso Cousseau

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PREMATUROS QUE
PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UTIN**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Psicologia, da Universidade Federal de
Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial
para a obtenção do Grau de **Psicóloga**.

Aprovado em 8 de fevereiro de 2021:

Caroline Rubin Rossato Pereira, Dr.^a (UFSM)
(Orientadora)

Dorian Mônica Arpini, Dr.^a (UFSM)

Andresa Petter Machado, Me (HUSM/EBSERH)

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

A EXPERIÊNCIA DE MÃES DE BEBÊS NASCIDOS PREMATUROS QUE PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UTIN

Bruna Fragoso Cousseau; Rayssa Reck Brum; Caroline Rubin Rossato Pereira.

O nascimento do primeiro filho constitui-se como um momento crucial no ciclo de vida de muitas famílias. Quando essa experiência é atravessada pelo contexto da prematuridade e há necessidade de internação em UTIN, muitas mães deparam-se com um conjunto de novos desafios e o comprometimento de algumas expectativas quanto ao processo de tornar-se mãe. Nesse sentido, a presente pesquisa buscou compreender a experiência de mães que tiveram seus bebês prematuros e hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Participaram do estudo sete mães de bebê com idades entre 7 meses e 5 anos no momento da coleta de dados. As mães tinham idade entre 27 e 38 anos e residiam em diferentes regiões do país. O estudo caracterizou-se como qualitativo, de caráter descritivo exploratório. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada, ambos realizados de forma online. A partir da transcrição das entrevistas e submissão à análise de conteúdo, foram definidas seis categorias: (1) Gestação: Inseguranças e Intercorrências; (2) O Parto Inesperado e a UTIN: O Sentimento de Irrealidade e Medo; (4) A UTIN e possibilidades de interação mãe-bebê; (4) Atenção à mãe durante a hospitalização do filho; (5) Estreando a Maternidade – tornar-se mãe após alta da UTIN; (6) O cuidado após hospitalização: a relação mãe-bebê em casa. Os resultados demonstraram que as mães sentiam-se pouco preparadas para o momento do parto, desencadeando frustração, medo e culpa pelo nascimento prematuro, bem como sensação de impotência frente a necessidade da internação em UTIN. Durante o período de internação, foi possível identificar que as mães perceberam-se como pouco participativas nos cuidados de seus bebês, sentindo-se destituídas da sua maternidade até o momento da alta hospitalar, quando assumiram a responsabilidade por seus filhos novamente. Ainda, durante a hospitalização, destacou-se a restrita atenção e cuidado dirigido à mãe por parte das equipes, dificultando sua permanência na unidade, sentindo-se sozinhas e pouco importantes no acompanhamento de seus bebês. Desse modo,

reforça-se a importância de mais estudos relacionados a essa temática, na tentativa de ampliar o cuidado a família no contexto da hospitalização do recém-nascido prematuro.

Palavras-chave: Relação Mãe-bebê, Hospitalização, Prematuridade.

ABSTRACT

THE EXPERIENCE OF MOTHERS OF PREMATURE BABIES WHO HAVE BEEN ADMITTED TO THE NICU

Bruna Fragoso Cousseau; Rayssa Reck Brum; Caroline Rubin Rossato Pereira.

The birth of the first child is a crucial moment in the life cycle of many families. When this experience is crossed by the context of prematurity and there is a need for admission to the NICU, many mothers are faced with a set of new challenges and the compromise of some expectations regarding the process of becoming a mother. In this sense, this research sought to understand the experience of mothers who had their babies premature and hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit. Seven mothers of babies aged between 7 months and 5 years participated in the study at the time of data collection. The mothers were between 27 and 38 years old and lived in different regions of the country. The study was characterized as qualitative, with an exploratory descriptive character. For data collection, a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview were used, both carried out online. From the transcription of the interviews and submission to content analysis, six categories were defined: (1) Pregnancy: Insecurities and complications; (2) Unexpected Delivery and the NICU: The Feeling of Unreality and Fear; (3) the NICU and possibilities for mother-baby interaction; (4) Attention to the mother during the child's hospitalization; (5) Debuting Maternity - becoming a mother after discharge from the NICU; (6) Care after hospitalization: the mother-baby relationship at home. The results showed that the mothers felt little prepared for the moment of delivery, triggering frustration, fear and guilt for the premature birth, as well as a feeling of helplessness in the face of the need for NICU admission. During the hospitalization period, it was possible to identify that mothers perceived themselves as having little participation in the care of their babies, feeling deprived of their motherhood until the moment of hospital discharge, when they assumed responsibility for their children again. Also, during hospitalization, the teams' limited attention and care to the mother stood out, making it difficult for them to stay in the unit, feeling alone and not important in monitoring their babies. Thus, the importance of more studies related to this theme is reinforced, in an attempt to expand family care in the context of hospitalization of premature newborns.

Keywords: Mother-baby relationship, Hospitalization, Prematurity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
MÉTODO.....	14
PARTICIPANTES	14
DELINEAMENTO.....	15
PROCEDIMENTOS.....	16
INSTRUMENTOS	17
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	18
ANÁLISE DOS DADOS	18
RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
(1) Gestação: Inseguranças e Intercorrências.....	19
(2) O Parto Inesperado e a UTIN: Sentimento de Irrealidade e medo	23
(3) A UTIN e possibilidades de interação mãe-bebê	34
(4) Atenção à mãe durante a hospitalização do filho	43
(5) Estreando a Maternidade – tornar-se mãe após alta da UTIN.....	52
(6) O cuidado após a hospitalização: a relação mãe-bebê em casa.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	79
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	80
APÊNDICE D – ENTREVISTA MATERNIDADE EM CONTEXTO DE UTIN.....	81

INTRODUÇÃO

A transição para a parentalidade coloca em questão uma série de adaptações e mudanças, solicitadas em um espaço relativamente curto de tempo (FONSECA et al, 2018). Nesse período, o casal precisa se (re)organizar, tanto a nível psicológico e biológico, quanto a nível social: expectativas, estrutura e dinâmica familiar, questões financeiras, bem como, aspectos interpessoais e emocionais referentes à apropriação do lugar de mãe e pai precisam ser revisitados (MARTINS, 2009).

O período gestacional representa, para os pais, a oportunidade de preparar-se para os novos papéis e funções que precisarão assumir frente ao bebê e suas exigências. Além disso, durante a gestação, a mãe é convocada a gestar-se e identificar-se com o bebê que está por vir, marcando a necessidade de elaboração de suas fantasias com relação à criança e à sua própria condição como mãe, seu desejo sobre a maternidade, bem como, a ambiguidade de sentimentos e inquietações emergentes desse processo, tendo em vista a revisão dos seus próprios conflitos infantis de separação e individuação (BRAZELTON, 1988; BRAZELTON; CRAMER, 1992; FONSECA et al. 2018). Com isso, antes mesmo da concepção, a figura do bebê já é investida e representada no imaginário dos pais. As histórias e vivências individuais enquanto filhos, as brincadeiras na infância, as fantasias da adolescência, até o momento da gestação, com suas expectativas e planos para a chegada de um filho, constituem esse investimento, criando um novo lugar para o bebê (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Entre as 37 a 41 semanas de gestação, chegado o tempo do nascimento, almeja-se que a mãe já esteja suficientemente preparada para o impacto da separação anatômica, deparando-se com o fim do sentimento de fusão com o bebê e as fantasias de completude experienciadas durante a gestação. Além disso, dá-se o surgimento de um novo tipo de relacionamento, em que requisitar-se-á uma adaptação da tríade (pai-mãe-bebê), incluindo as necessidades e desejos do novo membro da família (BRAZELTON; CRAMER, 1992). A chegada de um bebê à família cria, então, um novo e indissolúvel sistema familiar. Como um período complexo e de transição, a chegada do bebê constitui-se como altamente enriquecedora, e igualmente intensa para a família, repercutindo em uma ambivalência de sentimentos, ansiedades, angústias e conflitos com relação às novidades a serem aprendidas e assimiladas (BERTHOUD; BERGAMI, 1997; MARTINS, 2009). Além disso, na medida em que os pais se permitem viver e reviver neste novo papel a relação consigo mesmos e sua

própria infância, numa construção não linear, ressignificam experiências na tentativa de conectar os sentimentos atuais aos antigos (GOMES; RESENDE, 2004).

Quando o nascimento acontece, o primeiro contato pais-bebê, junto a alegria e prazer vivenciados, sempre demandará uma acomodação, por vezes evocando estranheza. Isto porque, frente ao bebê real, os pais podem vivenciar um processo de luto pelo bebê imaginário, em virtude de esse não corresponder às expectativas idealizadas, personificadas e sonhadas no decorrer de toda gestação (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Gradualmente, o processo de vinculação mãe-bebê passa pela elaboração de um luto e um progressivo movimento de aproximação com a realidade (CANDATEN; CUSTÓDIO; BOING, 2020), que possibilitará a desconstrução do bebê imaginário. Com isso, os pais poderão vivenciar o investimento, junto ao seu bebê, em novas possibilidades de construção de afeto e vínculo. O filho real precisará de uma nova identidade, levando em conta suas especificidades, de forma a ser respeitado e compreendido em seus limites, bem como tolerado e apreciado em suas exigências características da total dependência inicial, permitindo-lhe, então, um novo lugar, a partir da construção de novas expectativas e representações (BRAZELTON; CRAMER, 1992; MACHADO; ELIAS; CORRÊA, 2018).

Sabe-se que o estabelecimento da relação do bebê com o mundo tem início ainda durante a vida intrauterina, através da musicalidade da voz materna, do toque e da continuidade do cuidado que o ambiente lhe proporciona. Posteriormente, tais experiências são materializadas nas capacidades das figuras parentais em identificar as necessidades do recém-nascido (RN) e correspondê-las. Desse modo, é a partir da qualidade presente na relação da díade que se sustenta o desenvolvimento saudável do bebê em termos psíquicos (KLEIN, 1997; SPITZ, 2000). Nesse sentido, Winnicott (1967/1994) assinala o que denominou como “preocupação materna primária” como fundamental ao desenvolvimento psíquico saudável e à construção do vínculo mãe-bebê nos primeiros meses de vida. Ainda, Spitz (1965/2000) cunhou o conceito de “clima emocional favorável”, para explicar a necessidade de constituir um ambiente de dedicação, amor e afeto dos cuidadores para com o seu bebê, fundamentais a seu desenvolvimento e qualidade de vida.

Frente à antecipação do nascimento do bebê em relação ao previsto, a mãe pode perceber-se privada da preparação psicológica para o final da gravidez, podendo experimentar sentimentos de incapacidade, culpa ou medo, identificando-se, ela própria, como prematura psicologicamente. Tal realidade impõe, assim, a abreviação da própria preparação do vínculo

parental, fundamental ao investimento na relação pais-bebê (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

No momento em que o fenômeno do nascimento é perpassado pela prematuridade e há a necessidade de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), é preciso que a família desenvolva uma série de ajustamentos de ordem individual, conjugal, familiar, profissional e social, em um contexto de estresse e preocupações. Somado a isso, os aspectos emocionais da dupla parental e/ou díade mãe-bebê podem ser afetados de forma significativa, comumente gerando nos novos pais sentimentos de tristeza, frustração e insegurança. Além disso, os pais precisam vivenciar o luto pelo bebê e pela experiência ideal não vivenciada (CANDATEN; CUSTÓDIO; BOING, 2020; CARTAXO et al. 2014; SANTOS, et al. 2007).

Desse modo, o parto prematuro súbito pode trazer sentimentos de pânico, ansiedade e medo da perda do recém-nascido (MEDINA et al., 2018). O estudo de Pontes e Cantillino (2014), realizado no Hospital Maternidade Jesus Nazareno, em Caruaru-PE, evidenciou que o parto prematuro foi considerado como traumático para 71,7% das puérperas, impactando negativamente no seu bem-estar emocional e, conseqüentemente, interferindo no desenvolvimento do vínculo entre mãe-bebê nos primeiros momentos após o nascimento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 30 milhões de prematuros nascem no mundo todo ao ano, sendo o Brasil um entre os 10 países com as taxas mais elevadas (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2018). Conforme levantamento realizado no ano de 2016 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), a taxa de prematuridade no Brasil ficou em 11,5%. Dados de 2017 do IBGE registraram 2,87 milhões de nascimentos no Brasil, ou seja, naquele ano, cerca de 330 mil bebês nasceram prematuros (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2019). Frente a este cenário, apesar dos avanços tecnológicos no cuidado oferecido pelas equipes de saúde, a prematuridade configura-se como uma questão de saúde pública, devido à alta taxa de nascimentos prematuros, associado a complexidade da necessidade de atendimento à saúde destes bebês, bem como às alterações impostas à dinâmica familiar e às peculiaridades no estabelecimento da relação afetiva inicial pais-bebê.

Define-se como prematuros ou pré-termos os bebês nascidos antes das 37 semanas gestacionais. Estes bebês podem ser classificados de acordo com a idade gestacional ao nascer, sendo prematuro limítrofe aquele bebê nascido entre 37 e 38 semanas; prematuro

moderado o bebê que nasce entre 31 e 36 semanas; e prematuro extremo aquele nascido entre 24 e 30 semanas de idade gestacional. Cabe ressaltar que os avanços tecnológicos e científicos ocorridos nas últimas décadas, bem como, as mudanças na neonatologia, refletiram em uma crescente taxa de sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais imaturos e de baixo peso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES, AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS, s/d; SANTOS et al. 2007).

Em termos biomédicos, a literatura tem apontado causas multifatoriais para a ocorrência da condição da prematuridade do bebê. Como fatores preponderantes, são apresentados elementos sociodemográficos e clínicos, dentre eles, as alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro), o excesso de líquido amniótico, a gestação gemelar, a idade materna (mães muito jovens, ou mais velhas), infecções maternas, a primiparidade (primeiro filho), o baixo peso pré-gestacional da mulher. Ademais, questões sociais, tais como o baixo nível socioeconômico, o uso de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas, além do estresse durante a gestação e a ausência de cuidados pré-natais também foram associadas à prematuridade (ALMEIDA et al., 2013; RAMOS; CUMAN, 2009).

Diante da complexidade que envolve o período de internação pediátrica para as famílias, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que passou a vigorar no Brasil a partir da Lei nº 8.069, de 1990, tornou possível a presença de um dos pais ou responsável pela criança ou adolescente durante a hospitalização desta. Entretanto, somente 26 anos após, com a Lei nº 13.257 de 2016, a qual dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, os estabelecimentos de saúde precisaram disponibilizar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável pela criança, seja na unidade neonatal, de cuidado intensivo ou de cuidado intermediário (BRASIL, 1990; BRASIL, 2016).

Ao considerar a importância da relação afetiva pais-filhos para a constituição psíquica do novo sujeito e para a saúde emocional do bebê, nos casos em que há necessidade de internação do bebê após o nascimento, ressalta-se que a presença e o envolvimento dos pais durante esta internação e a qualidade da relação precoce são fatores importantes para a formação dos vínculos afetivos. Tais fatores podem amenizar os impactos negativos do parto prematuro, inclusive no que se refere ao desenvolvimento posterior da criança. A este respeito, estudos referem a existência de uma associação entre o estabelecimento de relações de apego seguro e uma maior e mais rápida probabilidade de recuperação de bebês pré-terms (PICCININI; ALVARENGA, 2012; PONTES; CANTILLINO, 2014).

Diante da necessidade de internação em uma UTI Neonatal, associada à complexidade de seus equipamentos, esse contexto pode ser encarado pelas mães como enigmático e ameaçador, reforçando o estado de alerta materno e desviando sua atenção do recém-nascido (ALEXANDRE et al., 2016; CUNHA et al., 2017; SCHAEFER; DONELII, 2017). Aliado a isso, a literatura aponta para a existência de sentimentos de angústia e medo das mães em interferir no apoio tecnológico prestado ao filho como suporte de vida, ou até mesmo, na transmissão de uma infecção, pelo contato estabelecido com seu bebê (MEDINA et al., 2018). Nesse sentido, quando a condição de prematuridade é extrema, ou quando o bebê apresenta complicações mais graves, como por exemplo, a malformação fetal, e o risco de óbito é mais presente, os pais podem vivenciar mais dificuldades no estabelecimento do vínculo afetivo com seu bebê (DADALTO; ROSA, 2015; MALDONADO; DICKESTEIN, 2010).

Nesse contexto, a questão da morte vai permear os contatos, pois alguns desses bebês vão apresentar grave risco de morte. Desse modo, os pais e o bebê terão que (re)descobrir um caminho de aproximação e contato, na tentativa de promover e apostar em seu desenvolvimento enquanto sujeito, colocando-se como fonte de vida para o seu bebê (GOMES, 2004).

Ao considerar as peculiaridades da experiência parental quando o bebê está em internação na UTI, Kegler et al. (2019) buscaram conhecer os aspectos relacionados ao nível de estresse e as situações percebidas como mais estressantes para pais e mães de bebês internados em uma UTIN de um hospital público da região central do Estado do Rio Grande do Sul, contando com a participação de 204 pais e/ou mães de bebês. A separação mãe-bebê foi relatada como a maior fonte de estresse para estas famílias, sendo destacado o sentimento de desamparo e incapacidade de proteger o seu bebê dos procedimentos de rotina, muitos dos quais são dolorosos e constantes em uma internação neonatal. Os participantes apontaram, também, questões relacionadas à aparência e comportamento do bebê (expressão de sentimento de dor e tristeza), e as imagens e sons de aparelhos (como respiradores e monitores). Somou-se a isso o fato de inicialmente serem privados tocar seus filhos, repercutindo em um distanciamento entre a díade.

Com a possibilidade de a família acompanhar o desenvolvimento da criança durante o período de internação, tem-se uma alteração na dinâmica hospitalar. Tendo em vista as peculiaridades do ambiente da UTI Neonatal, Duarte et al (2012) e Cons, Merighi e Jesus

(2019) reconhecem nas equipes de saúde importante rede de suporte no processo de construção do vínculo pai/mãe-filho, além dos aspectos associados aos cuidados básicos iniciais com o bebê, sendo responsáveis pela introdução dos pais neste processo de cuidado. As equipes participam dos cuidados para evolução clínica do bebê e são consideradas também colaboradoras ao orientar os pais quanto às necessidades de atenção aos laços familiares, afetivos e emocionais que este bebê necessita (LAMY et al.; 2012).

Nesse contexto, é importante que ocorra o reconhecimento e diferenciação entre os cuidados desempenhados pela equipe e aqueles oferecidos pelos pais e mães, facilitando o desenvolvimento da interação/relação pais-bebê. Tal comportamento reduz possíveis dificuldades de adaptação pós-alta hospitalar, bem como, melhora a comunicação e o trabalho da equipe junto à família, neste que pode ser considerado como um período de crise (CANDATEN; CUSTÓDIO; BOING, 2020). É na perspectiva de atenção integral ao paciente, pelo reconhecimento da importância da presença da família e dos cuidados que esta pode prestar ao bebê, que se faz necessário que as equipes de saúde incluam em suas rotinas diárias o atendimento às demandas dos pais (DIAZ; FERNANDES; CORREIA, 2014).

Nesse sentido, atenta-se para importância de que as práticas em saúde estejam cada vez mais alinhadas a uma perspectiva de integralidade do cuidado, princípio norteador das políticas públicas e das ações e serviços em saúde, a qual compreende os sujeitos envolvidos no processo de cuidado enquanto ativos no processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d). Considerando o contexto da UTI Neonatal, a inclusão da família no cuidado ao recém-nascido contempla este princípio. Ademais, a compreensão das famílias enquanto singulares em suas necessidades e reações frente à situação, permite que sejam desenvolvidas estratégias de enfrentamento mais eficazes e humanizadas (DUARTE et al., 2012). Nesse ínterim, justifica-se a importância de atentar a essa temática.

A escolha do tema de pesquisa parte do interesse da pesquisadora, surgido durante a graduação pelas temáticas em questão, bem como por sua inserção no contexto hospitalar por intermédio de estágios curriculares. Dessa forma, este estudo torna-se relevante devido à complexidade que envolve a vivência da internação neonatal para as famílias, assim como os desafios que impõe às equipes de saúde que atuam neste contexto. Embora o atendimento no espaço hospitalar requeira das equipes o cuidado para com os responsáveis por seus pacientes, observa-se equipes ainda pouco atentas às demandas e sentimentos destes pais.

Assim, destaca-se a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento de práticas em saúde mais voltadas à compreensão e atendimento das necessidades e experiências das mães que vivenciam a internação de um filho nascido prematuro, pois considera-se que estes são fundamentais para o cuidado, suporte e desenvolvimento psíquico e físico destes bebês do período de sua internação ao contexto pós alta hospitalar. Nesse sentido, este estudo objetivou compreender a experiência de mães de bebês nascidos prematuros que passaram por internação em uma UTIN.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa sete mães de crianças pequenas de até seis anos de idade que, ao nascerem prematuras, necessitaram de internação em uma UTIN por pelo menos 20 dias, compreendendo este como um tempo mínimo para que fosse adquirida uma experiência e adaptação ao contexto hospitalar. Como critério de inclusão para o estudo, foi considerado que a alta hospitalar do filho tivesse ocorrido há, no mínimo, seis meses, e que a idade gestacional ao nascimento fosse entre 27 e 36 semanas. Foram excluídos do estudo casos em que a família estava vivenciando a internação hospitalar no momento da coleta de dados, famílias em que o filho apresentava alguma deficiência física, mental ou malformações congênitas diagnosticadas, ou tenham ido a óbito, tendo em vista as especificidades dessas condições.

As participantes possuíam entre 27 e 38 anos de idade no momento da pesquisa, e todas eram primíparas, ou seja, estavam vivenciando a gestação/maternidade pela primeira vez. Os nascimentos prematuros de seus filhos haviam ocorrido entre 28 e 34 semanas de gestação e, no momento da coleta de dados, as crianças tinham idade entre 7 meses e 5 anos de idade. As mulheres residiam em diferentes estados do país, e todas contavam com plano de saúde particular quando do nascimento e internação de seus filhos. Para melhor caracterização das participantes, a Tabela 1 apresenta algumas de suas características sociodemográficas no momento da coleta de dados. Ressalta-se que os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios, com vistas a preservar sua identidade.

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos das participantes.

Participante	Idade	Escolaridade	Ocupação	Reside com	Renda Pessoal ¹	Cidade/ UF	Tempo de internação em UTIN	Idade Gestacional
Azaleia	38	Ensino Superior	Estudante	Filho (5a); Esposo	2	Rio de Janeiro/ RJ	30 dias	29s
Violeta	37	Ensino Superior	Enfermeira	Filho (3a); Esposo; Sogros; Cunhado	2	Brasília/ DF	110 dias	27s
Flor	31	Ensino Superior	Empresária	Filho (5a); Esposo	6	Santa Maria/RS	36 dias	29s
Primavera	27	Ensino Médio	Desempregada	Filho (7m); Esposo	0	Campinas/SP	34 dias	34s
Jasmin	27	Ensino Superior	Dentista	Filho(1a5m ²); Esposo	2	São Paulo/SP	40 dias	34s
Girassol	38	Ensino Superior	Coordenadora de Qualidade	Filho(1a6m); Esposo; Mãe	2	Campinas/SP	63 dias	28s
Margarida	35	Ensino Superior	Policial Militar	Filhas Gêmeas (3a); Esposo	6	Passo Fundo/RS	63 dias	29s

Fonte: Elaborado pela autora.

DELINEAMENTO

A presente pesquisa desenvolveu-se a partir de um projeto guarda-chuva, consistindo em um estudo descritivo e exploratório, a partir de uma abordagem qualitativa de investigação. Conforme Gil (2018), a modalidade de pesquisa descritiva tem como finalidade descrever determinadas características e particularidades de uma população ou fenômeno. Ainda, o caráter exploratório do estudo justifica-se na medida em que se pretende aprofundar e ampliar os conhecimentos acerca de uma temática pouco explorada, considerando diferentes

¹ Refere-se o número de salários-mínimos, ao valor de R\$ 1.045,00, quando da realização da coleta de dados.

2 “a” refere-se a anos; “m” refere-se a meses de vida; “s” refere-se a semanas de gestação.

elementos referentes ao contexto da pesquisa, tornando o tema mais acessível e possibilitando uma visão ampla e contextualizada da problemática estudada.

Ao se preocupar com os aspectos da singularidade do sujeito, sua realidade, a pesquisa qualitativa busca compreender elementos relacionados à dinâmica das relações sociais. De acordo com Minayo (2011), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, atribuídos pelo indivíduo em questão, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que por sua essência não podem ser reduzidos à quantificação e operacionalização de variáveis. Dispõe-se da possibilidade de criar novos significados, aprimorar ideias, buscando novas soluções e interpretações sob uma ótica diferente, capaz de aproximar-se da riqueza que é a vida dos indivíduos em sociedade, abordando um conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, processos, significados e nas representações, ainda que de forma incompleta (MINAYO, 2011).

Ao admitir que a pesquisa qualitativa não se baseia em um critério numérico para garantir sua representatividade, a delimitação do número de participantes deu-se a partir do conhecimento adquirido pelos pesquisadores ao capturarem a diversidade de informações necessárias a compreender a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2011).

PROCEDIMENTOS

As participantes da pesquisa constituem uma amostra não probabilística e por conveniência, considerando a intencionalidade da amostragem, selecionada devido à sua importância à temática (MARCONI; LAKATOS, 2003). Dessa forma, o contato com os participantes ocorreu a partir da divulgação da pesquisa via redes sociais (*Facebook*, *WhatsApp* e *Instagram*), sobretudo, entre grupos fechados de uma rede social (*Facebook*), destinados a familiares mães e pais que já vivenciaram ou vivenciam experiência da internação de seus filhos em uma UTI Neonatal, de todo o Brasil. A partir dos critérios de inclusão anteriormente delimitados, sete mulheres foram selecionadas a participarem do estudo. A pesquisadora entrou em contato com cada uma das mulheres através das redes sociais, momento em que explicou sobre os objetivos, método e procedimentos da pesquisa, bem como foi marcada uma data e horário para a coleta de dados. Solicitou-se que no

momento da coleta de dados, estas estivessem em um ambiente silencioso, que garantisse privacidade às informações compartilhadas.

A realização das entrevistas aconteceu entre os meses de junho e setembro de 2020. Ao considerar a situação de pandemia decretada e a declaração de emergência de saúde pública de relevância internacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE NO BRASIL, 2020), levando em consideração a viabilidade do acesso aos participantes no momento de isolamento físico, optou-se pela realização da coleta de dados on-line. Assim, foram agendadas entrevistas de forma online e síncrona, com possibilidade de escolha entre os aplicativos *Google Meet* ou *WhatsApp*, nos quais a pesquisadora e o participante tinham seu áudio e imagem sintonizados em videochamada (videoconferência). Diante das explicações, foi assegurado o compromisso ético em garantir a confidencialidade dos dados advindos das entrevistas na pesquisa, divulgados de forma anônima. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Após assinatura do TCLE, cada participante foi convidada a responder um Questionário de Dados Sociodemográficos (APÊNDICE C), e a uma Entrevista sobre a Maternidade em contexto de UTIN (APÊNDICE D). As entrevistas foram gravadas apenas em áudio, com o prévio consentimento dos participantes, e em seguida, transcritas na íntegra para a análise. A coleta de dados junto às participantes teve duração aproximada de uma hora e meia. Após a finalização do estudo, será realizada a devolução dos resultados às mães participantes.

INSTRUMENTOS

Como instrumentos de pesquisa, foram utilizados:

Questionário de Dados Sociodemográficos: instrumento que teve por objetivo a caracterização das participantes da pesquisa, com vistas a identificar dados familiares de coabitação, idade, renda, ocupação, além de informações a respeito da hospitalização, a gestação e sobre o bebê.

Entrevista sobre a Maternidade em Contexto de UTIN: A entrevista foi desenvolvida em formato semiestruturado, composta por uma série de tópicos como guia de roteiro, passível de adaptação na medida de seu transcurso e a exploração mais ampla do tema (LAVILLE; DIONNE, 1999; MINAYO, 2014). Na entrevista, foram abordados temas voltados para a experiência materna durante a internação do recém-nascido, além de aspectos

relacionados à volta para a casa e a relação mãe-bebê após o período de internação, de forma a abarcar os objetivos do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi realizado em consonância aos padrões científicos e éticos em pesquisa, seguindo as diretrizes presentes na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual guia a ética nas pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais no Brasil (BRASIL, 2016). Ademais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob CAAE número 32815820.3.0000.5346.

Além disso, de acordo com o comunicado divulgado pela CONEP, em 05 de junho de 2020 para a apreciação de pesquisas de Ciências Humanas e Sociais nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), no qual consta a recomendação de que, nas pesquisas com coleta de dados online, destaque-se a importância da cópia do termo de consentimento assinado pelo pesquisador seja guardado em seus arquivos, bem como sejam feitas explicações acerca da preservação do sigilo e da assistência aos envolvidos nesta modalidade de pesquisa. Esta condição foi seguida rigorosamente pela pesquisadora, esclarecendo as participantes sobre procedimentos de pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo uma cópia do documento. A confidencialidade também foi garantida às participantes a partir do Termo de Confidencialidade, conforme apêndice (B).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir do Questionário de Dados Sociodemográficos foram analisados de forma descritiva, objetivando-se caracterizar as participantes do estudo, como também complementar às informações provenientes da entrevista. Os dados oriundos da Entrevista sobre a Maternidade em Contexto de UTIN, após transcrição na íntegra, foram analisados através da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2006). A partir de tal análise buscou-se compreensões comuns aos documentos selecionados (entrevistas), e a identificação e categorização de núcleos de sentido. A construção das categorias orientou-se de acordo com a formação de unidades de registro temática, ao classificar ideias, elementos ou expressões constituídas de um conjunto por diferenciação, e seguidamente, por reagrupamento segundo critérios semânticos. Geralmente, é utilizada para estudar motivações, opiniões, atitudes,

crenças, valores, entre outras (BARDIN, 2006). No presente estudo, a definição das categorias se deu *a posteriori*, emergindo a partir dos dados analisados, sem que houvessem categorias prévias à análise.

Conforme proposto por Bardin (2006), a análise dos dados foi guiada pelas seguintes etapas: 1) pré-análise, onde realizou-se uma leitura inicial do material para o contato com sua estrutura, buscando sistematizar as ideias e impressões gerais; 2) Exploração do material, trata-se em sua essência da codificação, decomposição e enumeração do material; 3) Tratamento dos resultados e interpretação, que consistiu na síntese e seleção dos resultados brutos, para sua significação, interpretação e inferências.

A partir da análise das entrevistas, foram definidas seis categorias temáticas: (1) Gestação: Inseguranças e Intercorrências; (2) O Parto Inesperado e a UTIN: O Sentimento de Irrealidade e Medo; (3) A UTIN e possibilidades de interação mãe-bebê; (4) Atenção à mãe durante a hospitalização do filho; (5) Estreando a Maternidade – tornar-se mãe após alta da UTIN; (6) O cuidado após hospitalização: a relação mãe-bebê em casa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

(1) Gestação: Inseguranças e Intercorrências

A presente categoria contempla aspectos relativos à gestação vivenciados por mães que tiveram seus bebês nascidos prematuros e internados em uma UTIN. Serão discutidas questões referentes à descoberta da gestação. Com o desenvolvimento da gravidez, as mães mencionaram que alguns problemas não identificados anteriormente, tais como restrições de crescimento e pré-eclâmpsia, começaram a surgir, tornando as últimas semanas que antecederam o nascimento difíceis e conturbadas, tendo em vista a preocupação com a condição de seus bebês:

Eu tive uma gravidez muito complexa depois que um dos meus bebês morreu. Eu não tive paz, eu chorava, eu não sentia ele mexer. Eu acho que eu ficava muito bitolada. Como o outro foi e eu não senti nada, não tive nada, eu fiquei muito bitolada e falei assim: 'Ele também vai morrer, ele não vai aguentar, ele vai morrer também', porque aquilo, você gerar um filho vivo e o outro morto. (Primavera).
Foi bem punk porque, assim, com 20 semanas a gente descobriu só a restrição de crescimento do meu filho e que tinha uma resistência das artérias uterinas. Aí, ele ficava sempre pequenininho, sempre abaixo do peso. (...) E aí, até que eu consegui

controlar bem a pressão. Aí, com 27 semanas, ela começou a subir e foi bem complicado. (Jasmin).

Nesse sentido, ao descobrir uma gestação, espera-se uma gravidez sem maiores complicações, um parto entre as 39 e 41 semanas, e que o bebê sairá do hospital junto de seus pais. Raramente se considera a hipótese da chegada prematura do parto, principalmente quando a gestação parece não evidenciar sinais de instabilidade (CYPRIANO; PINTO, 2011). Nessa perspectiva, Piccinini et al. (2008), ao entrevistarem 39 gestantes na região metropolitana de Porto Alegre, identificaram como uma de suas preocupações a insegurança e apreensão tanto em relação aos cuidados do bebê em si, como ao seu futuro.

Outra questão importante a ser considerada no contexto do nascimento prematuro, apontada por algumas mães participantes do estudo, relacionou-se a possíveis erros médicos ocorridos durante a gestação e frente à perspectiva do nascimento prematuro:

Eu fazia acompanhamento com um médico que falaram que era um dos melhores médicos, e na realidade não foi, ele me abandonou. Eu fui a uma médica uma vez, e ela falou que as dores que eu tava sentindo eram normais, só que eu já tava com hipertensão muito grande, eu falei pra ela, questionei em relação à hipertensão, ela falou que era normal, que era porque era a primeira gestação, eu tava sentindo dor e minha pressão subiu. Só que, na realidade, já era o início de um quadro de pré-eclâmpsia. (Violeta);

Eu falei pras médicas no início que a minha mãe tinha esse histórico [de pré-eclâmpsia], só que elas não deram muita importância. E aí, mais ou menos com umas 20 semanas de gestação, deu alteração no ultrassom dele e aí foi que eu descobri que eu estava com esse risco grande de ter a pré-eclâmpsia, na verdade, já tinha iniciado, e aí eu tive que trocar de médica às pressas. (Jasmin);

A médica que me acompanhava ela tinha feito uma cirurgia no dia, ela não pôde ir no hospital, ela ligou pro hospital e eles falaram que tava tudo certo, que não tinha evolução nenhuma, só que não tinham feito o toque. De noite, veio a médica fazer o toque. Ela só olhou pro lado e gritou com as outras médicas: "Não tem o que fazer". Aí eu dei um grito com elas, "Como assim, não tem o que fazer? Eu tô há 2 horas aqui no hospital, vocês nem o toque fizeram e agora vão dizer que as minhas filhas vão nascer?". (Margarida).

De modo semelhante, Souza et al. (2007), em seu trabalho sobre a vivência materna diante da gravidez com pré-eclâmpsia, ao entrevistar 28 mulheres em uma maternidade de

referência para gestação de risco no Rio Grande do Norte, identificou que a qualidade das informações fornecidas às mulheres sobre a gravidez com essa condição durante o pré-natal foi insuficiente ou não compatível ao seu nível de entendimento. Esse contexto pode ter contribuído para que não fossem estabelecidas medidas profiláticas e um acompanhamento mais adequado para os quadros de maior gravidade, bem como, para que as intercorrências só tenham sido conhecidas pelas mães mediante a hospitalização, devido à gravidade clínica ou ao iminente parto prematuro.

Algumas mães descreveram, ainda, o contexto da internação prévia ao nascimento como muito estressante e ansiogênico, acreditando que a própria incerteza da equipe médica sobre os procedimentos a serem realizados constituiu-se como fator desencadeante do parto prematuro:

Mas assim, o que me deixou mais, o que fez o parto dele acontecer, porque até então eles tava conseguindo meio que manter a pressão, foi aquele negócio assim, juntam três médicos na sua frente e fica assim ó, "Não, a gente vai fazer o parto", aí a outra vira e fala assim, "Não, mas eu acho melhor não, porque ainda é muito cedo", aí o outro, "Não, mas melhor que sim, porque senão ela corre risco". Mas na sua frente, aquele negócio que você não sabe até onde vai durar. (Girassol).

Considera-se que, diante da necessidade de uma hospitalização materna precoce, o parto pode ser antecedido por um período de maior ansiedade, alterando as condições do nascimento e desencadeando sentimentos de desespero e medo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Desse modo, contrário ao vivenciado pelas participantes neste estudo, o processo de vinculação com a equipe de saúde neonatal, a partir de informações e esclarecimentos a respeito do nascimento e procedimentos passíveis de serem realizados, bem como o favorecimento do acesso prévio a UTIN, quando possível, conduz uma significativa redução das inseguranças e fantasias provocadas pela falta de conhecimento da situação vivenciada pelas mães (GAUCHER et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ademais, uma questão relevante apresentada pelas mães referiu-se ao tempo de gestação que antecedeu o nascimento. As participantes do estudo tiveram seus bebês entre 28 e 34 semanas de gestação. Em vista disso, mencionaram não se sentirem preparadas para o nascimento de seus bebês, bem como, não terem tido tempo suficiente para se organizarem diante desse acontecimento, embora já tivessem alguma ideia sobre a possibilidade do nascimento prematuro:

Nesse momento que eu fui internada a primeira vez, eu não tinha comprado nada, eu ia comprar quando fizesse 7 meses de gestação. Eu pensei em comprar quando tiver mais próximo, que aí também dá tempo de lavar, passar. Nesse período, eu já falei assim, “Pode ser que dê caca aqui, então, já vou comprar”. Então, eu já saí do hospital e no dia seguinte eu já fui comprar as coisas dele. (Girassol);

A gente fica 8 meses, 9 meses com um bebê dentro da gente. Aí, você não tá preparada pro seu filho sair de dentro de você com 8 meses, nenhuma mãe tá. Acho que nem com 9, não cai a ficha, só cai a ficha na hora que nasce. Pra mãe isso é muito dolorido. Se o bebê já é tirado de você antes do tempo, isso dói muito, dói muito mesmo, emocionalmente. (Jamin).

Achados semelhantes foram identificados por Marciano (2017), ao entrevistar 15 mães sobre as representações maternas acerca do nascimento prematuro, em Goiânia/GO. O estudo evidenciou que, frente ao nascimento pré-termo, muitas mães ainda não haviam se envolvido nos preparativos para a chegada de seus bebês.

O parto, como um momento muito esperado pelas gestantes, possui significados que vão sendo construídos dinamicamente na cultura, bem como, de acordo com as experiências de cada mulher. Quando se descobre uma gestação de risco, seguida de um parto prematuro, o tempo de espera e preparação para o nascimento do bebê é interrompido abruptamente. A este respeito, cabe considerar que o período de nove meses de gestação, além da função orgânica para o bebê, tem o intuito de preparar a mulher emocionalmente para o parto e para o novo papel de mãe (MATHELIN, 1999).

Nesse sentido, embora as mães reconhecessem alguns sinais de que a gestação poderia ser interrompida com o nascimento prematuro de seus filhos, algumas referiram não identificar essa possibilidade como real, mantendo-se a ideia de que a gestação se desenvolveria naturalmente até as últimas semanas: “O parto também foi bem complicado porque, embora eu tivesse internada, eu ainda tava na expectativa de chegar próximo das 37 semanas. O meu quadro foi piorando muito, mas eu ainda achava que eu ia conseguir chegar perto das 37 semanas.” (Jasmin);

Até então tava tranquila porque eu achei que poderia ser antes, mas não tão antes, eu achei que daria pra segurar até uns 8 meses, e esse achar né, é porque eu já conheci bastante gente que já teve com 8 meses e era super tranquilo, e eu falava, 'ah, não vai dar nada, tudo bem, né'. (Girassol).

Relacionado a isto, Maldonado (1997) atentou para o fato de que, durante a gestação, o fato de pensar sobre o nascimento prematuro de seu bebê ou possíveis problemas de saúde, aciona na mãe estratégias de defesa. Assim, na tentativa de minimizar o sofrimento, muitas mulheres utilizam-se, sobretudo, da negação: nega-se a realidade devido à incapacidade de aceitar a perda do ideal.

(2) O Parto Inesperado e a UTIN: Sentimento de Irrealidade e medo

A presente categoria tem por finalidade descrever aspectos relativos à experiência do parto e internação do bebê na UTIN no contexto do nascimento prematuro. Acerca das recordações relativas ao parto, pós-parto e internação, as participantes apontaram esse momento de suas vidas como muito confuso, indicando uma perda da noção sobre o tempo. Algumas relacionaram a isso o cansaço e o desgaste físico e emocional, e também a possibilidade de se envolverem nas atividades necessárias desse período e sobreviver a ele:

Era como se eu estivesse meio aérea, parecia que eu não tava passando por aquilo. É estranho, eu não entendo isso, até hoje eu não entendo isso. Era como se eu tivesse passando pela situação e não tivesse. Eu acho que se eu levasse tudo na realidade, eu não teria conseguido, só que como parecia que era um sonho, eu tinha meio essa percepção, eu tinha impressão de que eu ia acordar, qualquer hora, e era um sonho. Eu tinha esse pensamento. (Violeta);

Eu tava muito assustada, eu não tive tempo de raciocinar. Foi muito assim e vai ser agora. A ficha foi caindo depois que ele saiu, depois que eu pude levantar, na verdade, depois quando eu o vi lá na UTIN. Eu não entrei em desespero, mas era uma sensação assim, eu não tive tempo, eu fui no susto, eu não tive tempo de raciocinar, eu não tive tempo de sentir, de ter uma emoção, porque foi muito rápido e como foi muito rápido eu cheguei na UTIN e o encontrei. (Azaleia).

Da mesma maneira, Lima e Smeha (2019), ao entrevistarem nove mães de bebês internados em diferentes Unidades de Terapia Intensiva Neonatal ou Pediátrica do Rio Grande do Sul, relatam em seu estudo que, diante da permanência do filho na UTIN, foi possível observar prejuízos no comportamento de autocuidado das mães e um afastamento emocional da vida real. Essa condição relacionou-se ao fato de seus bebês tornarem-se o centro das atenções maternas, de forma ainda mais intensa durante a internação.

Segundo Winnicott (1967/1994), próximo ao final da gestação e durante o puerpério, algumas mulheres vivenciam uma alteração emocional provisória, a qual permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptar-se a ele e reconhecer suas necessidades básicas como se fossem próprias. Essa condição, que em outro momento poderia ser considerada patológica, no puerpério é considerada um estado normal e essencial para a possibilidade de investimento no bebê e a garantia de sua sobrevivência. Nesse período, a mãe encontra-se em um estado de vulnerabilidade, sensibilidade e regressão singular, que a colocam alheia a qualquer outra situação que não esteja voltada a seu bebê.

Por outro lado, a vivência da internação também foi significada como um período de superação, de vitória e aprendizado para a família: “De aprendizado, tanto eu como o pai (do bebê) aprendemos muito com o nosso filho. Mesmo ele tão pequenininho, a gente aprendeu o quanto tem que ser forte, porque ele estava forte e lutando e ele não desistia.” (Azaleia);

Ah descreveria como um momento que foi muito tenso, mas eu hoje descrevo como vitória. Eu acordava, se eu não recebia uma ligação dizendo que ela tinha morrido, pra mim já era vitória. Foi mais um tempo de vitória mesmo, de persistência. (Violeta).

De modo semelhante, Marciano (2017), refere que em seu estudo, a maioria das participantes descreveu a experiência na UTI como difícil. No entanto, apesar do sofrimento, as mães também identificaram como algo positivo em suas trajetórias o aprendizado possibilitado pela experiência da internação.

Com relação ao nascimento, algumas das mães, ao contarem sobre a experiência de seu parto, descreveram-no como um momento muito confuso, no qual receberam poucas orientações, descrevendo poucas memórias e impressões desse acontecimento, permitindo-se apenas seguir os procedimentos médicos: “Foi tudo muito corrido, muito, foi meu primeiro filho, eu tava espantada, eu não tinha muito questionado porque eu tava meio alienada assim.” (Azaleia); “Eu não lembro o tempo que eu fiquei dali depois pra ir pro quarto, eu não lembro de muita coisa, acho que minha pressão tava extremamente alta.” (Girassol);

Eu fiquei muito perdida e eu não tinha muita informação, o pessoal só chegava e dizia, 'ah vai ser tal hora a cesárea'. Eu só me deixei levar, eu queria ajeitar as coisas e não podia. Foi um período bem de confusão porque eu não me preparei, era uma coisa que não tava na programação. Mas naquela confusão, foram me levando e me

dizendo o que eu tinha que fazer e eu fui fazendo, não tive escolha nem nada, só fui. (Flor);

Parecia um sonho ruim, parecia muito um sonho ruim. Quando eu cheguei no centro cirúrgico, tudo acontecendo, que eu fui ver que realmente eu tava tendo ela, que foi cair a ficha. Tanto é que eu sou enfermeira, então, assim, eu não pensei que ela ia nascer tão pequena, que ela ia ficar tanto tempo na UTI, na hora eu não raciocinei, entendeu? (Violeta).

De acordo com Ansermet (2003), o trauma do nascimento prematuro é acentuado pelo fator surpresa, uma situação de perigo, na qual não há a devida preparação do bebê e da mãe, exacerbando a sensação de impotência e incapacidade. Em outras circunstâncias, em nenhum momento existiu sequer a ideia sobre a possibilidade do nascimento prematuro, isto é, a prematuridade emerge de um contexto absolutamente inesperado para as mães, que se sentem perdidas frente ao acontecimento.

Também, foi referido pelas mães como aspecto significativo a possibilidade de ter acompanhante ou não durante o momento do parto, tendo em vista a chegada inesperada do bebê: “(Meu marido) acompanhou o parto, mas ele ficou pouco tempo, ele ficou só pra ele, entrou só na hora que eles iam tirar e depois já saiu, justamente porque eles tinham medo de acontecer alguma coisa.” (Girassol);

Eu fui pra sala de parto, meu marido não pode assistir, foi uma experiência estranha demais, porque você se sente perdida, desamparada. Eu acho uma coisa meio fria quando você passa por aquela porta naquela maca, é uma coisa fria, você não conhece aquelas pessoas, não tem aquele carinho, por mais que eles falem assim, 'tá tudo bem', é uma hora que você precisa de um afago, você não sabe o que tá acontecendo, pode sair tudo errado, quer dizer, tinha tudo pra sair tudo errado, (..) eu me senti meio um produto sabe, é muito estranho. (Azaleia).

Desse modo, cabe ressaltar que, diante do contexto exposto, a presença de suporte e acolhimento mostram-se fundamentais para a mulher, seu desejo e exercício da função materna, bem como à sua capacidade de investir na relação com seu bebê. Tudo isso apenas se faz possível na condição de existir um ambiente capaz de promover e assegurar cuidados a essas mães, pois serão elas as mais exigidas a cuidarem de seu bebê (WINNICOTT, 1967/1994).

No que tange à participação de um acompanhante, Carvalho et al (2009), ao investigarem a representação social do pai diante do filho prematuro, junto a 17 pais cujos filhos prematuros estavam internados na UTIN de duas instituições públicas de Natal-RN, reforçam que o marido ou companheiro, quando participam do processo de parturição, envolvidos emocionalmente com o bem-estar da mulher e do filho, representam apoio crucial para o cuidado do binômio. Geralmente, o pai costuma ser a primeira pessoa da família a ter contato com o bebê na UTIN, cabendo a ele atualizar as informações sobre o bebê, as interações iniciais com a equipe de saúde, além de assumir suas tarefas profissionais e as obrigações domésticas durante esse período. Entretanto, apesar de sua importância, algumas participantes do estudo não puderam contar com a presença de um acompanhante durante o parto.

O mesmo motivo foi assinalado como gerador de insegurança para as gestantes que faziam acompanhamento pré-natal em serviços da rede pública de Brasília e que participaram do estudo de Tostes e Seidl (2016), sobre as expectativas de primigestas sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto, indicando a incerteza quanto à possibilidade de ter ou não a companhia de pessoas conhecidas durante o trabalho de parto. Winnicott (1967/1994), em sua obra “os bebês e suas mães”, atentou para a necessidade do cuidado prestado a todas as figuras envolvidas na cena do parto, ressaltando a importância do pai, por este ser capaz de amparar a mulher não apenas na constituição da narrativa sobre esse evento, significando-o em sua história, mas também por oferecer-lhe o apoio físico, emocional e psíquico.

Winnicott (1967/1994) afirmou, ainda, que a institucionalização do nascimento teve como consequências a produção de um evento cada vez mais técnico e interventivo, distanciando-se do ambiente familiar e sua personalidade. Por isso, ressalta-se a importância de permitir à mulher que conheça e acesse uma equipe que lhe assegure confiança, capaz de confiar a responsabilidade do seu parto, e não apenas de outro nascimento.

Quando questionadas a respeito dos sentimentos diante do nascimento prematuro, as mães enfatizaram o medo, a ansiedade e a angústia vivenciadas no momento do parto, sobretudo relacionados à condição de sobrevivência de seus bebês, seu estado geral de saúde e à impotência quanto ao fato de não poderem auxiliá-los: “De medo, mas não de medo comigo, eu achei que ele não sobreviveria não. Complicado, esse momento é muito tenso, de tensão mesmo, porque ficava naquela incerteza de, vai, não vai.” (Girassol);

Eu sabia que tinha uma vida que tava morrendo dentro de mim e eu não sabia o que tava acontecendo, tanto que tinha estourado a bolsa e toda hora vinha ver o coraçãozinho e esse desconforto de ter alguém literalmente dentro de ti e tu não poder fazer nada por essa pessoa traz um desconforto. O risco de vida dele tava nas minhas mãos, sabe, e eu não podia fazer nada, simplesmente ali e eu não sabia o que fazer. (Flor).

Somada à sensação de perda de controle, as mães referiram sentimentos como o medo da morte e a desorganização frente à urgência e emergência na qual se deram o contexto do parto. O nascimento de um filho prematuro traz consigo o risco iminente de morte e a fragilidade de um recém-nascido que pode não sobreviver (MEDINA et al., 2018). Segundo Moreira et al (2009), em estudo realizado com mulheres egressas do programa Canguru de uma maternidade em Betim-MG, todas as mulheres sofrem com a possibilidade de morte do bebê pelos riscos efetivos da prematuridade ou por questões subjetivas e imaginárias das mães. Sales et al. (2005), corroborando este aspecto, afirmam que, ao vivenciarem o nascimento prematuro, as mães vislumbram a possibilidade de morte do filho, aliada à dor e à angústia provocadas por esta situação. Além do medo, o parto prematuro também traz a dor da separação do bebê. Durante a gestação, a mãe detém a sensação de controle e cuidado. Em um nascimento de risco, a impotência materna aparece, diante da instabilidade clínica e fragilidade do bebê. Para as mães, ter o bebê consigo, vê-lo e tocá-lo imediatamente após o nascimento, fazia parte de seu imaginário durante a gravidez. A separação prematura, em sentido contrário, é marcada pela falta (MARCIANO, 2017).

Vale ressaltar que, diante do parto inesperado, as mães mencionaram sentirem-se frustradas pela impossibilidade de concretizar suas expectativas frente ao nascimento de seus bebês. Tal ruptura em relação ao planejamento de um momento idealizado, especial, esteve ligada a fatores como a escolha de quem as acompanharia, seus médicos, o tipo de parto que realizariam, as roupas que levariam para a maternidade, dentre outras questões: “Eu tava num hospital que não tava porque você queria, que você vai ser acompanhada pelo seu médico, você não foi acompanhada pelo seu médico, você não sabe o que vai acontecer, você não tem ninguém pra te amparar.”(Azaleia); “Eu queria pegar ele, era o meu sonho ter o parto e sentir aquele fedorzinho dele logo que ele nasceu, não consegui.” (Primavera);

Foi bem assustador, quando eu me toquei que realmente ele ia nascer mais cedo, tipo, meio que cai uma, não é uma ilusão, mas assim, sabe aquela coisa de

expectativa do bebê que você pensa pro bebê real, ninguém se prepara pra ter um bebê prematuro, nenhuma mãe se prepara pra ter um filho na UTI. (Jasmin);
Eu pedi pra fazer cesárea, como eu sempre tive muita cólica, eu imaginei que um parto normal pra mim ia ser muito difícil, só que não tinha mais como ser uma cesárea na situação que estava. Elas me colocaram numa maca, eu tive uma contração no corredor, outra contração quando eu entrei na sala de parto. Eles me colocaram ali, só jogaram um líquido e romperam a minha bolsa. Não deu tempo da equipe da CTI chegar no quarto e a primeira nasceu, aí na próxima contração já nasceu a segunda. (Margarida).

Na medida em que se aproximam os últimos meses da gestação e os movimentos do bebê tomam espaço, organiza-se o enxoval, o quarto ganha lugar e escolhem-se os nomes, enquanto aos pais, aos poucos, é oferecida a oportunidade de personificar o bebê (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Nesse sentido, "preparar o enxoval fabrica, para além da roupa, os braços, as pernas, a imagem do corpo do bebê na cabeça da mãe. Instalar a cama, preparar seu espaço lhe permite conceber uma representação do seu filho." (MATHELIN, 1999, p. 66).

Marciano (2017) descreve que, diferente da realidade, as mães participantes de seu estudo esperavam vivenciar as condições normais da gestação, ou seja: tirar foto da barriga crescendo, planejar o enxoval, o quarto do filho, fazer chá de bebê. Muitas mulheres esperam vivenciar o "tornar-se mãe" como um grande ritual, condizente com a importância que a maternidade pode assumir na vida da mulher. Em sentido contrário, a abreviação da gestação foi sentida como a perda de um momento muito especial. Tal fato também ocorreu com as participantes do presente estudo, ao sentirem-se frustradas pela impossibilidade de vivenciarem o momento do nascimento da forma como haviam sonhado.

Além disso, a impossibilidade de vivenciarem o pós-parto imaginado, momento no qual as mães podem voltar-se para si e seu bebê em suas casas, recuperando-se do parto, foi um atravessamento avaliado pelas participantes como significativo:

Eu não tive dieta, que nem dizem, a minha dieta foi na Neonatal. Era pra eu ficar 40 dias sem dirigir carro, aí, o meu irmão ele tem carro automático, ele me emprestou o carro dele nesses dias todos, porque eu precisei assumir o volante. (Primavera);
Todo mundo que tem filho, aí tem o período de ficar lá na cama, de ficar tranquilo pra se recuperar da cirurgia, enquanto isso eu tava pegando ônibus pra ir pro hospital

pra ver ele, porque eu tinha medo de dirigir, porque o meu carro não tem direção hidráulica e eu tinha muita dor ainda. Então, eu ia de ônibus. (Girassol).

Nesse sentido, embora compreenda-se a importância de oferecer às mulheres a oportunidade de escolher as figuras e o contexto no qual se dará o momento do parto (WINNICOTT, 1967/1994), ainda existe no imaginário social uma idealização da maternidade. Por vezes, esse ideal, marcado pela negação de sentimentos ambivalentes, falhas, e permeado pelo imaginário de completude, pode sobrecarregar as mães.

Para Travassos-Rodriguez e Féres-Carneiro (2013), a maternidade, nos dias de hoje, é encarada de forma muito romântica. Dessa forma, a associação do ser mãe aos significados de amor incondicional, disponibilidade completa e sacrifício, dificultam a possibilidade de a mulher criar espaço para viver a experiência junto com o bebê, onde ele se encontra em sua singularidade. É nesse ponto que a perspectiva romântica sobre tornar-se mãe, banida de toda a ambivalência e sofrimento intrínsecos, contrapõe-se à vida real, despertando na mãe sentimentos de frustração e culpa.

Ademais, algumas mães do presente estudo também referiram o sentimento de culpa relacionado ao nascimento prematuro de seus bebês, e as possíveis sequelas que poderiam estar associadas a esse evento: “Eu não sei se eu vou conseguir passar por uma nova gestação por causa disso. Porque a gente acaba se sentindo responsável pelo que aconteceu com aquela criança. Talvez se minha gestação tivesse sido tranquila, não teria esse desconforto.” (Flor);

Às vezes, eu ainda sinto culpa, por mais que eu tenha tentado fazer tudo que tava ao meu alcance, questão de médico, questão da própria UTI. (...) Eu ainda me sinto um pouco culpada, onde foi que eu errei pra não conseguir evitar que tenha sido prematuro e não conseguir evitar que ele ficasse na UTI. Então, eu ainda me sinto um pouco triste nesse sentido. Mesmo depois de 1 ano e 5 meses, eu ainda carrego uma culpa, eu já até falei com amigas minhas psicólogas, que elas falaram, “Não têm porque você carregar essa culpa”, mas, sei lá, acho que é de mãe. (Jasmin);
Eu falei assim, 'Eu vou agora pro médico'. Eu deveria, se eu tivesse ido antes, talvez não teria tido esse parto prematuro, eles teriam me segurado lá, teriam tentado fazer alguma coisa. Aí vem aquela culpa, 'por que eu não fui antes? Caramba, por que eu não fui antes?' (Primavera).

De modo significativo, foi expresso pelas mães a culpa pela impossibilidade de evitar o nascimento prematuro, buscando explicações fundamentadas em seus comportamentos

durante a gestação. Para Lebovici (1987), a culpa pode representar a tentativa de dar um sentido, de forma racional, ao nascimento prematuro, a partir de alguma situação ou acontecimento concreto, produzindo o entendimento de que são responsáveis por ocasionar o parto prematuro, tornando-as merecedoras deste contexto. Outrossim, ao atribuir a causa da prematuridade a algum de seus comportamentos, a mãe revive fantasias representadas pela incapacidade de concluir a gestação e, desse modo, gerar um bebê incompleto, reforçando a culpa e a premissa de que é incapaz de ser mãe (LEBOVICI, 1987).

Da mesma maneira, Fraga e Pedro (2004) descrevem que a origem do sentimento de culpa se dá a partir da necessidade humana de racionalizar e/ou encontrar causas concretas para explicar um acontecimento da realidade. Anjos et al. (2012) encontraram achados semelhantes em suas entrevistas, evidenciando que a sensação de culpa também permeou o universo das mães participantes do estudo, sensação essa responsável por intensificar os sentimentos negativos relacionados ao momento em que estavam vivenciando. Também Baseggio et al. (2017), ao investigarem as vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal, identificaram que todas as mães entrevistadas, em alguma medida, referiram sentimento de culpa em relação à prematuridade do filho.

Sobre a UTIN, apesar de algumas participantes terem respondido positivamente quanto ao seu conhecimento sobre a necessidade de seus bebês internarem em uma UTIN ao nascerem antes do tempo previsto, as mesmas afirmaram não terem o entendimento sobre o que era, de fato, uma UTIN, e/ou quais implicações e significados de uma internação nessa unidade: “Eu fiquei desesperada, eu tive tremedeiras, de nervoso, porque eu acho que eu não sabia, eu tava tão assustada, que eu não tinha nem noção do perigo que o meu filho poderia correr. Eu tava muito assustada, porque foi uma coisa muito inesperada.” (Azaleia);

Quando a gente pensa em UTI, fala UTI, quem não vive aquilo, é um momento muito complicado. A gente que não tem vivência de hospital, é complicado porque quando fala UTI você já pensa em final de vida ou quase final dela, né. E quando, depois que a gente entende um monte de coisas, mas quando fala em UTI dá um sustinho. (Girassol).

O desconhecimento da rotina e do funcionamento de uma UTI, a falta de conhecimentos mais consistentes acerca da condição ou doença de seu filho e a associação da UTI à morte, aspectos identificados nas narrativas das mães, constituíram-se como intensificadores da sensação de insegurança, medo e angústia vivenciados pelas participantes.

De modo semelhante, Lima e Smeha (2019), apontaram que a percepção das mães sobre a internação dos filhos em UTIN ou UTI Pediátrica logo após o nascimento pode ser um fato inesperado e percebido como assustador.

Entende-se que o acontecimento do parto prematuro súbito pode acarretar sentimentos de pânico, ansiedade e medo relacionados à perda do recém-nascido, intensificados pelo ambiente da UTIN (MEDINA et al., 2018). Nesse sentido, a literatura refere que o fato de apresentar a UTIN aos pais durante a gestação auxilia no preparo e no alívio da apreensão do nascimento prematuro, implicando significativamente nas primeiras impressões e colaborando para a sensação de segurança após o parto (ARNOLD et al., 2013).

Nesse sentido, o tempo em que os bebês estiveram na UTIN foi recordado e mencionado pelas participantes como repleto de incertezas e ansiedade. Esses sentimentos foram referidos tanto relacionados aos momentos iniciais, no que diz respeito à compreensão sobre o que é uma UTIN e seu funcionamento, como sobre os acontecimentos futuros, à probabilidade de sobrevivência de seus bebês, e possíveis problemas e sequelas decorrentes do nascimento prematuro: “Você cria expectativa e não é aquilo, às vezes você se decepcionava e já vem cansaço e esgotamento, cansaço e esgotamento, de você ir e voltar.” (Primavera);

Aí você chega e encontra uma criança completamente sem estrutura né, de nada, e desde então foi uma luta né, foi uma guerra, porque era todo dia era uma coisa, todo dia a médica vinha e falava que podia ser o último dia dela, todo dia ela não passava daquele dia. Foi muito tenso, foi muito dolorido porque todo dia era uma expectativa, todo dia chegava uma médica e me falava que ela poderia não resistir, todo dia era isso. (Violeta);

Eu já tava fragilizada por essa questão de ele ter nascido antes, de ele não tá comigo, é um vazio muito grande que você sente, de tirarem seu filho de você, e ele não tá ali com você, primeiro de você assimilar que ele não tá dentro de você e não tá do lado aqui no bercinho, ele tá numa incubadora. Foi bem difícil pra mim, e ver ele cheio de equipamentos, eu não sabia o que eram aqueles fios, foi muito difícil, o primeiro dia eu chorei muito quando eu voltei pro quarto, chorei muito mesmo, fiquei com muito medo de ele não sobreviver. (Jasmin).

Da mesma forma que o ambiente da UTIN torna-se hostil para o bebê internado, ele é igualmente sentido pelas mães como um ambiente desagradável e assustador (MEDINA et al., 2018) Diversos são os sentimentos vivenciados pelas mulheres no período da internação do um filho em uma UTIN, podendo ser suscitados devido às concepções atreladas a UTIN, aos

equipamentos necessitados pelo bebê ou até mesmo devido a estrutura física, emergindo pensamentos ligados diretamente à imagem frágil do bebê e ao uso de um aparato tecnológico para que possa sobreviver (BASEGGIO et al., 2017).

Semelhantes aos achados aqui descritos, o estudo de Vivian et al (2013), realizado com 57 pais e acompanhantes de crianças internadas na UTI pediátrica de um Hospital de Porto Alegre, evidenciou que o sentimento mais citado pelas mães, referente à internação de seus filhos, foi o medo. O mesmo foi identificado na pesquisa de Lima e Smeha (2017), ao constatarem a presença de sofrimento, preocupações e medos no período da internação, bem como a emergência de emoções negativas, tais como angústia e tristeza.

Todas as mães participantes do estudo puderam encontrar com seus bebês algumas horas após o parto. Entretanto, algumas mencionaram certa dificuldade por parte da equipe em reconhecer a importância e necessidade desse primeiro encontro:

No outro dia que eu acordei, eu já queria ir ver ela, desesperada pra ver, já perguntei e eles falaram que ela tava bem, e eu fiz eles me levar lá de cadeira de roda. Eles me colocaram na cadeira de rodas e foram levar porque eu dei um piti lá (Violeta);
Eram poucas horas, eu fui ver ele meia noite, mas eu tava doida, porque eu falei, 'eu preciso ver meu filho, vocês não tão entendendo', tipo, 'eu quero ver como meu filho tá', não dá pra você tirar o bebê de dentro da barriga da mãe e deixar a mãe 7, 8 horas sem ver o bebê e ficar, "ah não, espera aí, amanhã você vê ele", gente, não, não é assim, entendeu? (Jasmin).

Para estas mães, o momento do parto prematuro pode ser percebido como apenas o início de uma longa jornada na UTIN. Devido à marca da urgência do nascimento de risco, geralmente, o primeiro contato com o bebê ocorre apenas algumas horas após o parto, quando é possibilitado às mães visitarem seus filhos. Assim, ao adentrar em uma UTI neonatal pela primeira vez, os pais ficam assustados pelo ambiente pouco acolhedor, com ruídos, muitos aparelhos, pessoas estranhas e a imagem delicada de um bebê hospitalizado (DIAS, 2008).

Desse modo, é preciso que a unidade assegure a qualidade e efetividade da comunicação, acolhendo a chegada dos familiares. No entanto, isso só será possível na medida em que a equipe consiga oferecer um espaço de escuta às angústias, necessidades e inquietações maternas (CANDATEN; CUSTÓDIO; BOING; 2020).

Nesse sentido, embora as mães tenham visto seus bebês logo após o nascimento, um momento marcante referiu-se ao primeiro encontro na UTIN. Esse momento foi descrito pelas

participantes como feliz, por perceberem seus bebês com vida, e, ao mesmo tempo, perpassado por um momento de estranhamento, devido ao choque entre o bebê que imaginavam e esperavam encontrar, e aquele que estava a sua frente, pelo tamanho, a presença dos aparelhos: “O quão pequeno ele era, porque a gente não tem noção. É assustador você ver o tamanho daquele tiquinho de gente, o quanto eles mamam, é estranho.” (Azaleia); “A primeira vez que eu vi a foto dele, eu falei 'Esse aqui não é meu, não. Trocaram ele no hospital'. Ele nasceu muito, muito feinho, muito estranho. Aí, eu falei, 'Não, esse aí não é meu, não. Trocaram ele na maternidade'.” (Primavera);

Lembro que eu me assustei um pouco, porque como ele era bem prematuro, a pele dele era muito fininha, ele era bem escurinho, roxo. Eu meio que estranhei isso. Eu não me preparei pra um bebê prematuro, então, eu imaginava ele tipo um bebê loirinho. E ele roxinho assim, era diferente. (Flor);

Choquei um pouco, porque ela era muito transparente, dava pra ver os órgãos internos e, inicialmente, tive muito medo, porque, pela situação que nasceu, eu achei que não ia sobreviver. Eu não esperava encontrar uma criança muito debilitada, muito pequena. Te confesso que eu nunca tinha visto e eu fiquei bem não, eu fiquei muito chocada em relação ao tamanho, achava que não ia crescer. Na minha cabeça ia ficar com sequelas, ia ficar com problema. (Violeta).

Para além da alegria vivenciada no primeiro encontro entre mãe e seu bebê, na UTIN, esse momento também é marcado pelo susto e choque ao depararem-se com a fragilidade orgânica de um bebê diferente daquele idealizado, bem como, pelas suas dissemelhanças (FLECK; PICCININI, 2013). Segundo Winnicott (1967/1994), as representações e fantasias acerca do bebê esperado acompanham toda a gravidez e iniciam-se antes mesmo do bebê ser concebido. Sendo assim, quando nasce uma criança, é importante a vivência de um processo de luto, tanto de uma gravidez idealizada, quanto do bebê imaginário mentalmente concebido pela mãe, que por si só, não será condizente com a imagem do bebê real (KLAUS; KENNEL, 1992). Para Lebovici (1987), o confronto entre o bebê real e o bebê imaginário resulta em um bebê decepcionante. Na situação de prematuridade, esse confronto intensificado pode se apresentar como um maior entrave à formação do vínculo entre mãe e bebê.

No estudo de Marciano (2017), as mães participantes evidenciaram a presença de obstáculos para sustentar o lugar de um bebê que é diferente daquele sadio, imaginado durante a gravidez. As características físicas do bebê causaram, em um primeiro momento,

sofrimento, angústia e tristeza, além da dificuldade em representar seu bebê em função da perda do reconhecimento pela similaridade.

Uma das mães referiu, ainda, a angústia que se prolongou por algumas semanas, por não conseguir ver o rosto de seu bebê em função dos aparelhos necessários ao recém-nascido:

Na realidade, foi uma criança que eu ficava muito curiosa, porque na internação eu não via o rosto dela, porque era touca, era o óculos que tinha que colocar por causa das vistas dela, era muita fototerapia, o tubo que tapava a boca completamente. Aquela boquinha minúscula com tubo, com sonda. Então, eu só fui ver minha filha livre, o rosto dela, com seus 3 meses, que tirou tudo. (Violeta).

Baseggio et al (2017) retrataram a mesma condição em sua pesquisa, ao investigar como as mães e bebês prematuros vivenciam o período de internação em uma UTIN, em um Hospital do interior do Rio Grande do Sul. O estudo revelou que as participantes se sentiam angustiadas e amedrontadas, identificando um estranhamento ao olharem para seus bebês pela primeira vez. Tais sentimentos relacionam-se ao fato de que as mães precisam adaptar-se à imagem do bebê real, que, muitas vezes, não se ajusta à imagem fantasiada por elas.

(3) A UTIN e possibilidades de interação mãe-bebê

A presente categoria buscou apresentar temáticas relativas ao contexto da internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Foram discutidos aspectos referentes ao desenvolvimento e constituição do vínculo na internação.

Sobre as possibilidades de interação, o contato realizado entre as mães e seus bebês ocorreu de forma gradual. Inicialmente, era permitido apenas que se aproximassem de seus bebês para observá-los; em seguida, foi possível tocar em suas mãos, pés e fazer alguns carinhos; e apenas próximo à alta dos bebês foi disponibilizado às mães a possibilidade de pegá-los em seu colo, colocando-os próximo à pele. Ainda assim, esses momentos eram possibilitados por curtos períodos ao longo do dia. O primeiro colo foi associado a muita expectativa e ansiedade, envolvidos por sentimentos de alegria, mas também de apreensão e medo de machucar seu bebê:

A gente não pode, o meu marido conseguiu ver ele antes enquanto eu tava na UTI, mas quando a gente chegou lá, a gente podia ver ele meio que de longe. Aí, depois

de um bom tempo, acho que mais de 10 dias, a gente foi conseguir abrir [a incubadora] pra encostar nele, e pra pegar ele demorou quase um mês. (Girassol); Eu não podia pegar nela porque a pelezinha dela era muito fina, poderia cair, então eu só toquei na pelezinha dela, só o toque, sem acariciar muito, porque poderia machucar a pele dela. Eu via muito os órgãozinhos internos, então eu tive que pegar sem apertar muito, foi mais ou menos uma semana, mas eu colocava o meu dedo na mãozinha dela, ela fechava e apertava. Até eu consegui pegar ela na primeira vez nos braços, ela tinha 2 meses, foi quando eu consegui pegar ela no meu braço, colocar ela no meu colo, mas assim com muita dificuldade (Violeta).

No mesmo sentido, Marciano (2017) indica em seu estudo que as mães reconheceram a importância do vínculo, apontando alguns fatores como propiciadores para sua formação, tais como: conversar com o filho, permanecer na unidade, praticar a posição canguru e realizar os cuidados básicos com o bebê. Zen e Motta (2008) afirmam que a condição para constituição de uma ligação com o recém-nascido, não depende exclusivamente dele, mas é preciso tempo e investimento psíquico de outros seres humanos, fator determinante em sua condição de saúde.

Sobre a participação nos cuidados prestados ao bebê, embora houvesse momentos em que as equipes incentivassem e solicitassem participação das mães, essas não sentiam como uma participação efetiva: “Banho, tudo essas coisas, eu só fui dar nele em casa, eu nunca participei de nada lá dentro, era muito diferente.” (Flor);

Quando ele foi pro bercinho aí as enfermeiras falavam assim, “mãezinha, agora é com você, vai lá e troca, você sabe trocar? ”. Foi um dia antes dele ter alta, por causa que toda que vez que eu ia lá, como ele tava na ala da UTI mesmo, depois que ele foi pra pediatria. (Primavera);

Demorou um pouquinho, isso dos cuidados foi quando ele tava mais estável que elas deixaram eu começar a trocar uma fralda, não era sempre, era de vez em quando, tipo, trocar uma fralda, depois quando ele tava na sala de pré-alta elas ensinaram a gente a dar banho, coisas assim, mas não era sempre assim, não era todos os dias, era de vez em quando. Eu acho que poderia estimular muito mais, eu acho que tinha um certo estímulo, mas poderia estimular muito mais. (Jasmin).

Algumas mães, ao depararem-se com a fragilidade do bebê, sentem-se impotentes, pouco ativas, não sabendo como proceder na UTIN. Nesse sentido, a hospitalização do bebê na UTI pode introduzir cortes na relação mãe-bebê, e a mãe pode ser impedida de

proporcionar e viver sensações para as quais se preparou. Por isso, é fundamental que se construa junto à mãe uma relação por parte da equipe, para desenvolver concomitantemente um movimento de aproximação com o seu bebê e estimular sua presença na unidade (CANDATEN; CUSTÓDIO; BOING, 2020). Igualmente ao verificado no presente estudo, Lima e Smeha (2017) notaram que algumas mães relataram não ter recebido incentivo da equipe em relação ao vínculo e cuidados com o seu bebê.

Apenas uma das mães participantes referiu sentir-se muito estimulada pela equipe e participativa no cuidado de seu bebê, mas atribuiu tal conduta da equipe ao fato de ela ser enfermeira, o que, segundo ela, a colocava em posição diferenciada das outras mães presentes na mesma unidade: “Eles deixavam, porque eu sou enfermeira. Eu dava banho, quando eu conseguia chegar na hora do banho, mas muito rápido. Eles deixavam só pelo fato de eu ser enfermeira, mas as outras mães não conseguiam fazer isso.” (Violeta).

Salienta-se, pois, a importância da participação das mães nos cuidados a seus bebês durante o período de internação, sendo que essa participação necessita ser mediada e estimulada pela equipe. Candaten, Custório e Boing (2020), nesse sentido, chamam atenção para o fato de que é fundamental que se construa junto à mãe uma relação por parte da equipe, para desenvolver concomitantemente um movimento de aproximação com o seu bebê e estimular sua presença na unidade.

Também, por vezes, as mães sentiam atrapalhar a equipe em sua rotina, acreditando que os profissionais seriam mais capacitados para cuidar de seus bebês, bem como acreditar que poderiam fazer algum mal ao bebê pelo tempo que passariam com ele no colo ou pelo esforço realizado pelo bebê durante a amamentação: “Eles já liberaram fazer o pele a pele, então, eu ficava com o jaleco e ficava abraçada com ele. Só que eu não podia tirar ele muito da incubadora, porque perdia peso. Aí, ficava naquela preocupação: 'fico ou não fico com ele? pegou ou não pego?'. ” (Primavera);

Ela sugou [o peito] igual uma criança suga a vida inteira, sugou perfeitamente, só que assim, foi cinco minutos, porque no outro dia eu fiquei decepcionada porque ela perdeu peso, porque eles perdem peso quando sugam, aí eu não queria mais dar o peito porque pra mim ia demorar ela sair. (Violeta);

Enquanto ele não mamava no peito, era muito rápida essa pegada no colo, pra ele não perder temperatura, eles não podem se desaquecer, então era uns 5 minutos com ele no colo e já devolvia por cauda da temperatura. Eu tinha muito medo disso, sabe?! Eu ficava com ele no colo, curtia aquele momento, mas também não queria

me passar muito, porque eu sabia que eu tava fazendo mal pra ele, fazendo mal entre aspas, mas por mais que eu quisesse dar aquele carinho eu sabia que pra ele era melhor tá dentro da incubadora, quentinho, do que no meu colo, perdendo temperatura e peso. (Flor).

Nesse sentido, Dias (2008) afirma que, na unidade neonatal, o saber referente ao bebê e sua sobrevivência não cabem à mãe, mas sim ao discurso médico. A instabilidade biológica do recém-nascido prematuro dificulta a aproximação da mãe com o filho, limitando as primeiras trocas afetivas entre eles. Assim, devido à barreira física forçada pela unidade, os pais encontram-se impossibilitados de exercerem sua função, a de cuidado. Entretanto, apesar da provisão necessária prestada pela equipe para salvar a vida da criança, é o discurso parental que sustenta e investe na existência psíquica do bebê. Mesmo que a mãe não tenha conhecimento médico especializado, sua presença é fundamental, visto que, apenas partindo da função materna, é possível apresentar o mundo adequadamente para o bebê, de modo que produza sentido para ele (JERUSALINSKY, 1999; PERGHER; CARDOSO; JACOB, 2014 WINNICOTT, 1956/2000).

Segundo Scochi et al (1999), a falta de oportunidade da mãe de se relacionar com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo na formação e efetivação do apego. Esse prejuízo pode influenciar não apenas no prognóstico do bebê internado, como também na atitude da mãe diante da hospitalização. Ademais, é comum que o discurso médico ocupe o lugar das conjecturas maternas sobre o bebê e suas necessidades, prejudicando o investimento materno e o reconhecimento do bebê como seu (BASEGGIO et al. 2017; FERRARI; DONELLI, 2010).

Nesse sentido, as participantes pontuaram sobre a importância de ir estabelecendo contato com seu bebê e poder participar de alguns cuidados, devido à possibilidade de conhecê-los e fortalecer seu vínculo. Geralmente, esse contato era realizado pelo toque ao bebê e pelas conversas. Algumas mães também afirmaram que costumavam cantar para seus filhos e, nos momentos em que era oportunizado, referiram utilizarem o método Canguru para colocar seus filhos próximos à sua pele:

Depois de um tempinho, eu podia passar a mão nele, eles deixavam colocar fralda, deixavam dar alimentação via sonda, aí eles pediam pra ficar segurando a seringa. Era até bom, você acaba conhecendo bem o seu filho, então você vê quando ele tem

uma queda de saturação, e antes ainda do aparelho apitar, você já tá chamando alguém, porque você já tá vendo que ele tá roxo, então era esse vínculo. (Girassol); Quando não podia pegar ele era só passar a mão na cabecinha e nos pézinhos, fazer carinho na cabecinha, conversar com ele, através da incubadora ele conseguia ouvir e elas falavam, 'fala muito com ele, ele sempre vai te ouvir', e era o que eu fazia, as vezes eu cantava musiquinha que ele gostava. (Primavera); Depois que ele começou a vir pro meu colo o vínculo começou a ficar muito mais forte, eu ficava fazendo bastante pele a pele com ele, e às vezes as enfermeiras esqueciam, elas falavam que tinha um horário, acho que era uma hora, só que as vezes elas esqueciam que tinha dado a hora, e eu ficava quietinha lá na sala com ele, eu ficava 2 horas com ele no colo, eu amava ficar com ele no colo. (Jasmin).

Candaten, Custódio e Boing (2020), ao entrevistarem 8 profissionais das diferentes áreas de uma equipe multiprofissional, buscando compreender as percepções e ações dessa para a promoção do vínculo afetivo entre mãe e recém-nascido pré-termo, sinalizaram que, quando a mãe consegue realizar o contato pele a pele na posição canguru, ela consegue identificar a possibilidade de oferecer algo concreto a seu bebê e receber em troca as expressões e demonstrações de reconhecimento do recém-nascido, possibilitando apropriar-se do papel materno. Ademais, sabe-se que o contato pele a pele entre mãe e o bebê pode evoluir do simples toque com as mãos até a posição canguru, sendo considerados cruciais para estabelecimento do vínculo afetivo. A posição canguru estimula não só o desenvolvimento e fortalecimento de laços afetivos, na medida em que permite que os pais tenham um contato íntimo com o seu bebê, como também contribui ativamente na sua recuperação (MEDINA et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A esses momentos, as participantes atribuíram sentimentos de amor, alegria e satisfação devido à possibilidade de aproximarem-se de seus bebês, principalmente quando era possível amamentá-los:

Ah, é muito amor! Ele reconhecia e reconhece a voz, reconhece o estímulo que você dá, ele, às vezes, ficava choramingando, mas era pouco, você só de fazer um carinho, você pode fazer no pé, no braço, você não pode fazer muita coisa, então assim, como é que eu vou falar, uma parceria muito grande. (Azaleia); Depois com a amamentação começava a me acariciar, eu fazia carinho nele, mas tudo muito lento e muito aos poucos assim, esse vínculo ele foi começando bem devagarinho. O período de amamentar era de ficar com ele um pouquinho no colo e curtir aquele momento (Flor).

Os momentos de amamentação foram descritos como muito importantes na relação mãe-bebê, sobretudo por serem uma tarefa exclusiva das mães. A amamentação pode constituir um momento de vivência significativa, tanto para a mãe, quanto para o bebê (WINNICOTT, 1967/1994). No entanto, tal momento só pode ser experienciado dessa forma quando e se desejado pela mulher, ou seja, quando ela possui uma disponibilidade interna para amamentar, independente das pressões sociais ou das crenças e mitos culturalmente instituídos.

No estudo de Candaten, Custódio e Boing (2020), o estímulo ao aleitamento materno apareceu como aspecto relevante na concepção dos profissionais, considerado como muito importante na inserção da mãe nos cuidados com o bebê. Desse modo, de acordo com o Ministério da Saúde (2018), é de responsabilidade da equipe multiprofissional garantir o suporte nutricional para o recém-nascido, apoiando as mulheres no processo de produção e extração do leite materno.

Ainda, Jasmin notou que, quando eram disponibilizados esses espaços, seu bebê respondia melhor ao tratamento e evoluía mais rápido:

Ajudava muito, porque ele ganhava muito peso, era incrível, eu ficava com ele no colo e de um dia pro outro ele ganhava mais peso. Depois que eu comecei a amamentar ele, o vínculo ficou maior ainda, aí eu comecei a ir pro hospital mais cedo ainda porque eu pensava, 'ele vai acordar cedo e eu tenho que tá lá pra amamentar', e aí foi crescendo bastante o vínculo da gente. (Jasmin).

De acordo com Chaves, Lamounier e César (2007), em pesquisa que objetivou identificar fatores de risco ou de proteção associados à duração do aleitamento materno, em que participaram 118 mães de crianças menores de dois anos, o método mãe-canguru foi destacado pelas participantes como prática positiva sobre a amamentação de recém-nascidos de baixo peso. Além disso, uma vez que favorece maior tempo de contato físico, identificam-se espaços para o fortalecimento de vínculo entre mãe e filho, interferindo positivamente no desenvolvimento saudável do bebê.

Um significado interessante atrelado à amamentação por parte de duas mães, foi a possibilidade de nutrir seu bebê, de uma forma que não o pode fazer durante a gestação:

Amamentar era muito importante, eu tinha na minha cabeça que se eu amamentasse ele, eu ia conseguir nutrir ele de uma forma que eu não consegui na barriga por

conta do problema que eu tive, então eu me empenhei muito em fazer a amamentação dar certo mesmo com todas as dificuldades. O fato de eu conseguir amamentar foi muito gratificante sabe, eu acho que consegui, de certa forma, curar tudo que eu passei na gestação, pra mim foi uma forma que eu encontrei de nutrir ele da melhor maneira possível, e realmente ele ganhou peso muito rápido, ele começou a engordar muito, muito rápido e ele não fica doente. (Jasmin);

Como eu queria muito amamentar, eu insisti com a médica que eu não queria dar fórmula pra elas, eu insisti no peito e tive que me comprometer que toda semana eu ia pesar as meninas. Quando eu comecei tirar, eu produzia bastante leite, eu me sentia feliz porque eu sabia que aquilo lá era o melhor que eu podia oferecer pra elas, então eu cuidava da alimentação, eu não me preocupei com peso, com nada, eu me alimentava muito bem, muito líquido pra poder produzir o leite, que era o que eu podia oferecer pra elas naquele momento. (Margarida).

De modo semelhante, Braga, Machado e Bosi (2008), ao investigar percepções e vivências das mães de recém-nascidos prematuros que amamentaram exclusivamente do 4º ao 6º mês de vida, em Fortaleza, identificaram que as entrevistadas expressaram o desejo de amamentar exclusivamente, num primeiro momento, baseadas em explicações e justificativas em proporcionar uma boa condição de saúde e desenvolvimento para o seu filho. No entanto, o autor chamou atenção para o fato de que, apesar da apropriação do discurso médico para justificar sua escolha, as mães constroem uma interpretação pessoal sobre a prática da amamentação, sendo que, para as participantes, o leite materno significou muito mais do que a nutrição, sobretudo, para o bebê prematuro.

Sobre o retorno das mães para casa sem os bebês, esse foi descrito como um momento muito difícil e doloroso. As participantes referiram a ambiguidade entre a compreensão da necessidade da permanência do bebê no hospital e o temor pelo fato de não saber o que estaria acontecendo com ele no período de sua ausência, preferindo permanecer no hospital, caso houvesse a possibilidade: “Quando tive alta pra casa foi um dia muito triste porque você chegar em casa sem o seu bebê, é triste, embora eu sabia que aquele era o melhor lugar que ele podia estar, mas é triste.” (Azaleia); “Então, o que eu assimilei na minha mente, 'o lugar que elas precisam estar hoje é lá', e que comigo eu não poderia fazer nada por elas.” (Margarida);

Nesse momento de sair e ir embora que era complicado, porque enquanto a gente tá lá, você olha os monitores, você tá vendo saturação, você vê se tá com apneia, se não tá, se tá roxo, se não tá, você consegue ver o quadro dele. A partir do momento

que você vai embora, você não sabe, então você fica ansioso para o dia seguinte pra saber se ele ganhou, se ele perdeu peso, se ele tá bem, se houve melhora. Eu acho que o problema é quando a gente sai do hospital, aquele momento de ir embora porque enquanto tá lá você tá vendo, é aquele negócio do olho, no olhar, mas quando você sai tudo piora. (Girassol).

O estudo de Lara e Kind (2014), realizado com mães de bebês prematuros em unidade neonatal, em um hospital público da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG, revelou que a alta materna não associada à alta do bebê provoca na mãe medo e dor, tendo em vista o desejo da mãe em levar o filho consigo, para um ambiente acolhedor e conhecido. Assim, as mães, em geral, sentiam-se inseguras e preocupadas, mesmo compreendendo a necessidade clínica da hospitalização do bebê.

Desde a gestação, permeados por sonhos e fantasias, os pais sustentam o ideal de levar seus bebês para casa após o nascimento. Todavia, quando informados sobre a necessidade de hospitalização em uma UTIN, sentimentos de aflição e desespero são reforçados pelo medo e a culpa de deixá-los internados (OLIVEIRA et al., 2013). Para Baseggio et al (2017), a aflição e o medo das mães em separar-se dos filhos, quando são obrigadas a irem para suas casas sozinhas, podem gerar dúvidas que reforçam a impotência frente à situação de hospitalização em que o filho se encontra.

Algumas mães apontaram, nessa mesma direção, preocupação referente ao cuidado realizado pela equipe aos bebês durante sua ausência, tendo em vista presenciarem algumas situações em que a equipe não conseguia atender aos bebês quando, em sua percepção, os bebês sentiam algum desconforto:

A questão de como ele tá de madrugada, eu sofria muito com isso. Eu tentava ficar lá [na UTI] durante o máximo possível, então toda vez que ele chorava, eu tava lá, eu tentava conversar com ele e, às vezes, as enfermeiras lá, as profissionais, fazendo um monte de coisas, eu via que tinham bebês que choravam e ficavam chorando e isso me partia o coração, porque as vezes elas não conseguiam pegar o bebê na hora e o bebê ficava lá chorando, aí só pegava quando o bebê tava super estressado. Por isso que eu ficava lá o dia inteiro. (Jasmin).

Julga-se que, em condições adequadas, a mãe é capaz de estabelecer com o bebê um relacionamento simbiótico, dispondo de preparo para recebê-lo e adaptar-se às suas necessidades de modo singular, pela qual possibilita ao bebê condições para o seu

desenvolvimento psíquico, satisfazendo, além de suas necessidades fisiológicas, as necessidades afetivas (WINNICOTT, 2000, 2006). No entanto, cabe considerar alguns prejuízos acarretados pela separação da díade, em decorrência da hospitalização do bebê prematuro, sendo os cuidados delegados à equipe da UTIN (CANDATEN; CUSTÓDIO; BOING, 2020). Desse modo, os profissionais, ao não disporem da mesma condição materna, ficam impedidos de oferecer a estes bebês a satisfação de suas necessidades socioemocionais, priorizando, assim, as tarefas clínicas, tais como cuidar da medicação e atender às necessidades básicas, como alimentação e higiene. Com isso, muitas vezes esse processo torna-se mecânico, perdendo o aspecto fundamental atrelado ao envolvimento mais profundo do toque, da carícia e do olhar (BASEGGIO et al., 2017).

Nesse contexto, nota-se que a equipe de enfermagem, muitas vezes, esforça-se para tornar o ambiente mais tranquilizador aos bebês internados. Porém, pode-se constatar que existem muitas interferências no ambiente da UTIN que se colocam diante dessa tentativa. Embora a constatação de que a UTIN é lugar para a manutenção da vida dos bebês e o término de sua formação fisiológica, é impossível negar o fato de que ainda caracteriza-se como um ambiente ameaçador ao RN, em virtude das luzes fortes e contínuas, dos diferentes profissionais, da temperatura variada, e dos procedimentos a que os bebês são submetidos, podendo gerar incômodo e dor (SZEJER, 2016).

Relacionado a isso, durante a internação foi possível notar que embora os espaços de contato com o bebê e o fortalecimento do vínculo entre a díade foram pouco estimulados pela equipe, identificou-se uma ênfase relacionada ao ganho de peso dos bebês, associando esse ganho a sua saúde e bem-estar geral, o que era reconhecido e perpetuado pelas mães: “A partir daí começou a ser uma luta e aquele negócio de ganhou 10 gramas, vamos comemorar, porque tinha dia que ele ganhava 10 gramas, tinha dia que ele ganhava 50 gramas, ele já chegou a ganhar 100, só que chegava no dia seguinte perdia 75, então era essa luta.” (Girassol);

Isso era uma rotina sagrada, antes da mamada, a primeira coisa que eu fazia, eu perguntava quantos quilos, quantos gramas ele tinha engordado, sempre, porque elas vêm e a gente pergunta, isso era uma vitória diária, 'ah hoje ele engordou 5 gramas, hoje ele engordou 2 gramas'. Assim ó, a primeira coisa que eu queria saber não era nem se ela tava bem, era quantas gramas ele tinha recuperando, e assim era, quando era 10 gramas, meu Deus, era uma festa sabe, 'ai hoje ele ganhou só 2 gramas'. (Flor).

Das orientações prestadas às mães no momento em que adentram a unidade neonatal, a importância de amamentar o filho é predominante, tendo como foco seu início assim que o bebê obtiver condições clínicas. Nesse sentido, Lara e Kind (2014, p. 583) referiram que “uma mãe pode não desejar amamentar o filho por razões pessoais, mas a vinculação ao ganho de peso e à alta hospitalar feita pela própria equipe estimula a ansiedade em oferecer o seio materno o mais depressa possível”.

Não obstante, o fato de ser uma tarefa particular às mães, em alguns momentos também assumiu uma conotação negativa, tendo em vista o demasiado foco e intervenção da equipe para sua estimulação, em contraponto ao reduzido espaço para a prestação de outros cuidados. Como já mencionado, a obrigação ou a imposição da prática da amamentação às mães pode desencadear prejuízos, ocasionando conflitos e sofrimentos geradores de angústia e ansiedade, principalmente para aquelas mães impossibilitadas de amamentar, por inúmeras razões (WINNICOTT, 1967/1994). Nesses casos, há um impedimento para prática da amamentação prazerosa, despertando condições desfavoráveis ao estabelecimento do vínculo (COSTA; LOCATELLI, 2008).

Além disso, a necessidade de informações claras sobre o bebê pode ser associada à busca dos pais por aspectos da realidade que possam concretizar e sinalizar as alterações do estado de saúde de seus filhos, agarrando-se a marcadores como a saturação e o ganho de peso, reforçados pela equipe. Ademais, tendo em vista o pouco tempo disponível e os obstáculos a possibilidade de a mãe estabelecer um contato mais íntimo com seu bebê, resta como alternativa aos pais e à equipe o enfoque as necessidades básicas de cada bebê, como a alimentação e a higiene (BASEGGIO et al., 2017).

(4) Atenção à mãe durante a hospitalização do filho

Esta categoria busca apresentar questões relacionadas as condições socioambientais, estruturais, e também à rede de apoio e suporte prestados às participantes durante o período de internação de seus bebês. Nesse contexto, embora tenha sido disponibilizado a todas as mães a possibilidade de visitarem seus bebês durante o dia, exceto nos horários de troca de plantão e em caso de intercorrências com algum bebê da unidade, apenas uma mãe referiu ter acesso ao bebê durante as 24 horas do dia. Ainda assim, todas as mães mencionaram permanecerem no hospital ao lado de seus bebês todo o tempo que fosse possível, por sentirem-se mais

tranquilas junto deles. Cabe evidenciar, a esse respeito, a inexistência de um espaço organizado para as mães dentro da UTIN:

Eu acho muito complicado não ter um lugar pra mãe dormir, não ter tipo um quarto, é muito difícil de você ficar longe do bebê. Por exemplo, na UTI pediátrica tem um lugar, o bebê fica num lugar que a mãe consegue ficar junto, na UTI Neo só tinha uma poltrona, então não tinha como eu dormir lá. Eu tinha que deixar ele lá e foi muito difícil (...) porque eu não conseguia ficar longe dele, eu ficava em casa pensando, 'o que que eu tô fazendo aqui? Meu filho tá internado', é bem complicado. (Jasmin);

Tipo, é toda função pra eu caminhar toda cortada, e eu não podia, se eu tivesse ficado internada lá com ele seria tudo mais prático, mas como mandam a gente pra casa com os pontos, eu mal consegui, eu tive muita dor da cesárea. Então essa rotina de ir e voltar, isso era muito incômodo e estressante, eu preferia ter ficado lá no hospital, que tivessem me dado qualquer quartinho ou cama em qualquer canto, pra mim teria sido muito mais fácil. (Flor).

Ainda que o ECA estabeleça em seu artigo 12º que os hospitais devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança (BRASIL, 1990), em nenhum dos casos do estudo foi mencionado pelas participantes o oferecimento de uma estrutura adequada para sua permanência, caso desejassem. Assim, frente a motivação de estarem junto a seus filhos em tempo integral, as mães mantinham-se durante todo o dia em pé ao lado das incubadoras de seus bebês, não recebendo auxílio da equipe ou qualquer espaço de acolhimento de suas necessidades.

Diaz, Fernandes e Correia (2014), em estudo sobre as vivências de mães e pais de bebês internados em UTIN em Portugal, constatou que os pais apresentavam necessidades financeiras associadas ao período de estadia no hospital. As alterações no cotidiano relacionadas às dificuldades de assistência aos filhos que permanecem em casa e as demandas da família extensa também foram evidenciadas pelas autoras. Ainda, quanto às condições de permanência no hospital, os pais apontaram dificuldades para descansar devido aos ruídos das enfermarias, bem como de permanecer integralmente com o filho, considerando as dificuldades estruturais das UTIN para atender tais demandas.

Mesmo assim, as participantes referiram a exigência da equipe para que as mães estivessem presentes na unidade todos os dias, desconsiderando outros fatores, tais como a falta de um local para descanso, imprevistos, ou até a dificuldade de deslocamento até o

hospital, sobretudo nos dias seguintes ao parto: “[O hospital] é muito longe, é do outro lado da cidade, então é uma hora dirigindo daqui até lá. Então, tipo assim, era muito longe, foi o que eu falava pra eles, não tinha como eu ficar.” (Primavera);

Foram 30 dias que eu fiquei saindo da minha casa gastando, eu ia de manhã e voltava de tarde, fim da tarde, de noite, a minha casa é bem distante do lugar que ele tava, então eu ficava o dia todo, eu ficava em pé lá, no decorrer do meu resguardo, que eu não tive, eu tive um seroma, que é uma inflamação na cicatriz e vazou pus, sangue. Esse dia que saiu pus e sangue eu fui no hospital, porque como lá teria obstetra pra olhar, eles me olharam e no outro dia que eu não fui pro hospital, fiquei descansando, não deixaram eu ir porque se eu não melhorasse pra cuidar do meu filho, quem iria cuidar, então ele precisava de mim. (Azaleia).

Souza et al. (2007) referem que, apesar de as mães terem permissão para se ausentarem do hospital, as condições financeiras e a distância das suas residências impossibilitam esse deslocamento, evidenciando a necessidade de um espaço adequado a sua permanência na unidade. Neste estudo, a falta de recursos financeiros, bem como os transtornos relacionados ao deslocamento entre domicílio e hospital, dentre outros aspectos, foram apontados pelas mães como obstáculos no acompanhamento mais continuado do bebê internado, condição também corroborada por Oliveira et al. (2013).

Desse modo, verifica-se a importância de os cuidados da equipe estenderem-se para além das necessidades fisiológicas e socioemocionais do bebê, salientando o cuidado dos profissionais com a mãe, que num primeiro momento não consegue dissociar-se do bebê. As mulheres sentem-se acolhidas ao terem informações sobre o estado de saúde dos seus filhos e, conseqüentemente, sentem-se ativas no processo de cuidado de seu filho (NUNES et al., 2015).

Ainda, algumas mães enfatizaram a presença de dificuldades referentes ao tempo de licença maternidade, contabilizada a partir do nascimento do bebê. Considerando o período prolongado da internação, quando as mães retornaram para casa e assumiram integralmente o cuidado de seus bebês, foi necessária uma nova organização, visto que o período de licença estava encerrando, e elas precisavam retornar a suas atividades laborais:

Eu tive que pegar mais atestado porque quando ela saiu do hospital, ela já tinha 4 meses, ela era muito pequena, aí eu fui no INSS, eu trabalhava, e aí eu já tinha que

retornar ao serviço e eu não tinha condições porque a menina começou a mamar e não poderia ser introduzida a comidinha pra ela, aí entrou o desespero. Aí, eu fui no psiquiatra, o psiquiatra me deu 3 meses de atestado, aí depois eu fui pelo INSS, eu tive que fazer perícia pra retornar ao serviço. (Violeta);

Eu nunca tive licença maternidade, digamos até tirar os pontos eu não vinha trabalhar na loja, mas eu levava meu computador pra trabalhar lá em cima [casa]. Então eu acordava, eu ia pro hospital, dava o mamá, pegava um pouquinho ele, bem robotizadinho assim. Três vezes por dia eu ia no hospital, nesses meios tempos de manhã e de tarde eu vinha trabalhar um pouco, porque por mais que a gente ganhe a licença maternidade por ser empresário, não tem como, tinha parte financeira, então um pouquinho acabava sempre trabalhando. (Flor).

Em estudo em que participaram 17 mães que acompanhavam seus filhos em alojamento conjunto pediátrico de um hospital universitário, Costa, Mombelli e Marcon (2009) descreveram que a realidade vivenciada pelas mães é caracterizada pela luta constante entre a saúde e a doença do filho. Também, a tentativa de dar conta do emprego, marido, dificuldades financeiras é recorrente em seus relatos, sendo importante considerar que, muitas vezes, a internação do bebê se dá em cidade diferente do que aquela de residência dos pais.

Mesmo com o suporte recebido pela família, algumas participantes mencionaram a dificuldade na manutenção de outras atividades, não relacionadas aos cuidados com seus bebês. Em especial, as mulheres ressaltaram preocupações relativas ao contexto econômico, de trabalho, estudo e relacionamentos:

Minha maior preocupação era financeira, porque nós não tínhamos plano de saúde, porque eu não me preparei para engravidar. Eu sempre dizia, 'ah, vou fazer um plano e vou engravidar depois', enfim, mas como eu engraidei sem querer, então não tinha plano de saúde. (Flor);

Eu nesse meio tempo tava fazendo a pós-graduação, essa loucura toda, e aí foi um período que eu tinha que apresentar trabalho, porque assim, os seus colegas, são seus colegas até você não ter problemas, a partir do momento que você tem um problema eles entendem durante uma semana, mas eles não vão entender depois de um mês. (Girassol).

Desse modo, conquanto haja importância de as mães acompanharem seus bebês, o acúmulo e a repercussão das demandas geradas pela hospitalização requerem das famílias a alteração substancial de suas rotinas, criando outras prioridades. Souza et. al. (2007), a esse

respeito, observaram que o fato de ser mãe e acompanhante durante a hospitalização repercute em um distanciamento do convívio familiar e social, como também na presença de dificuldades decorrentes do antagonismo entre a importância de acompanhar o bebê e a impossibilidade de exercer atividades cotidianas com a família.

Quando questionadas a respeito das informações prestadas pela equipe, as participantes descreveram que, na maioria das vezes, foi necessária iniciativa própria para compreender um pouco melhor o que estava acontecendo com seus filhos. Tanto após o parto, quanto durante a hospitalização, as mães avaliaram que a equipe passava poucas informações sobre a condição clínica dos bebês: “Teve umas horas assim de desespero que eu comecei a chorar muito de madrugada, eu queria notícias dela, que me dava aflição, que eu queria saber.” (Violeta); “Não é fácil porque cada vez que você vai na Neonatal você não tem notícia, você não tem notícia nenhuma e você só vai saber quando o médico vir fazer o boletim, e as únicas coisas que eles falam, 'ele tá estável'.” (Primavera);

Eu só fui saber do meu filho porque quando eu tava na sala de recuperação meu esposo conseguiu acessar a sala de recuperação, não sei como ele fez isso, ele acessou escondido a sala de recuperação pra poder ver como eu tava e aí foi que ele falo, 'fica tranquila que o ele tá bem, ele tá bem e tal', aí foi que eu acabei dormindo um pouquinho. (Jasmin).

Referente às informações oferecidas pela equipe a respeito do bebê, apesar da gama de estudos desenvolvidos na perspectiva dos melhores cuidados necessários aos bebês prematuros, é possível identificar diversas questões a serem esclarecidas para a própria equipe, a respeito do que é melhor para o recém-nascido. Isto é visto, não apenas a partir do que é dito pelos profissionais, mas pela ambiguidade existente entre as elucidações científicas conhecidas e os comportamentos presentes no cotidiano do ambiente das unidades. Ademais, os protocolos rígidos a serem seguidos pela equipe intensivista, por vezes podem demonstrar-se como atravessamentos e dificuldades à escuta dos familiares e ao compartilhamento das decisões. Além disso, as tensões e desafinamento entre a própria equipe também afetam os profissionais, os confrontos de poderes e saberes, e a dificuldade de aceitação de seus limites, acabam por fragmentar do cuidado (MAGALHÃES; FERIOTTI, 2015).

É sabido que internação em uma UTIN costuma provocar muito medo na família, não apenas pelo ambiente físico desconhecido e pela gravidade dos casos que recebem assistência

nesse ambiente, mas também porque a família perde o contato com o filho. Nesse sentido, Oliveira et al (2013) reforçam que, ainda que cada notícia ou informação nova desperte ansiedade nos pais do recém-nascido internado, é essencial a manutenção de um canal permanente de comunicação entre a equipe de saúde e os pais do bebê hospitalizado.

Nesse contexto, Girassol reforçou o cuidado necessário na forma como as informações sobre o bebê são transmitidas para as famílias, principalmente no contexto da internação, no qual as mães já estão em uma condição de maior sofrimento e vulnerabilidade:

Tem médicos na UTI que eles são muito cuidadosos na forma que eles falam, mas tinha uma médica que ela é pá e bola, dane-se, 'olha, o seu filho pode ser que ele morra amanhã', eu acho que a forma com que fala é muito complicado, de dizer, 'não, não é isso o que o seu filho tem, é isso e isso', bem grossa. Acho que tem que ter um cuidado ali, porque você já tá fragilizado, já tá numa UTI, eles esquecem que a gente acaba acompanhando tudo aquilo e a gente acaba ficando mais frágil, então eu acho que tem uns que pecam um pouquinho na forma de falar. (Girassol).

A esse respeito, sabe-se que, assim como para o paciente, o ato de transmitir uma notícia desagradável é desconfortável para a equipe por vários motivos. No entanto, o despreparo médico para a transmissão de más notícias pode acarretar inúmeras consequências ao paciente, sobretudo a falha na compreensão do estado de saúde, aumentando a ansiedade e dificultando seu comprometimento com o tratamento (LINO et al., 2010). Apesar disso, ainda se verifica acentuada deficiência e despreparo dos profissionais de saúde no desempenho dessa tarefa, sobretudo nas UTIs neonatais (SOUTO; SCHULZE, 2019).

No que tange ao suporte recebido, todas as participantes destacaram a importância da rede de apoio durante o período de internação, responsável por sustentar a possibilidade de estarem presentes o tempo que achassem necessário no hospital, junto de seus filhos. “Minha mãe tava comigo no hospital, eles (família) fizeram um mutirão pra me receber em casa, arrumaram algumas coisas que eu tinha em casa, fizeram almoço né.” (Azaleia);

Meu sogro ou meu marido me levavam, a minha sogra me ajudou muito, porque ela largou a casa dela pra me ajudar, aí ela ficou comigo em casa, ela fazia tudo em casa, e meu sogro era meu motorista (risos), ele me levava todo dia e me buscava. (Violeta);

Minha mãe sempre tava comigo quando dava, meu marido também, ele pegou férias e depois ele pegou licença não remunerada, ele foi comigo. Meu irmão sempre

também disposto pra ir, também meu pai, toda minha família sempre tava lá junto. Me deram apoio material e psicológico, que foi o que eu mais precisei. (Primavera).

Sabe-se que o cenário de internação de um bebê produz alterações em toda a organização familiar. Nesse sentido, é fundamental a presença de uma rede de apoio que esteja disponível no préstimo de orientações, suporte e cuidados permanentes à mãe nesse período (HAYAKAWA et al., 2010). Além das inseguranças quanto à capacidade de retomar a rotina, a nova realidade e as dúvidas relacionadas à situação vivenciada, o próprio período de hospitalização caracteriza-se como instaurador de sentimentos ambíguos, colocando a mãe em um lugar de vulnerabilidade. Assim, é fundamental a presença de uma rede de apoio que esteja disponível no préstimo de orientações, suporte e cuidados permanentes à mãe nesse período (HAYAKAWA et al., 2010).

Nessa mesma perspectiva, Oliveira et. al. (2013), verificou que a família se revelou como fonte de apoio essencial às mães durante a hospitalização, constituindo-se como valioso suporte emocional nesse momento de fragilidade. Além disso, esse período permitiu aos pais identificar as pessoas que, dentro de seu grupo de relações, se destacaram como mais significativas e capazes de contribuir, direta ou indiretamente, na prestação de suporte e cuidado. Tal aspecto também foi identificado por Lima e Smeha, (2019), destacando a extrema importância da presença do companheiro, avós e amigos para as mães no período da hospitalização.

Ademais, cabe ressaltar que, durante a hospitalização, as mães relataram sentirem-se muito sozinhas e esquecidas, não recebendo nenhum suporte por parte da equipe. Por vezes, o auxílio era prestado por outras mães ou até profissionais responsáveis pelos bebês, que não possuíam condições e tempo para estarem atento às suas necessidades:

A médica me disse, “não chorem perto delas, tudo que você sentir elas vão sentir, tenta se manter o mais calma possível aqui.” Que a gente procurasse se manter o mais calma possível lá, como ela me explicou, isso seria fundamental pra recuperação delas, pro desenvolvimento delas. Eu procurei ouvir as coisas e colocar em prática, claro, tinha dias que não funcionava, tinha dias que tu chegava em casa podre, tinha dias que tu chorava. (Margarida);

Eu nunca tive muito apoio lá dentro, psicológico, tipo nunca ninguém chegava pra conversar, “como é que tu tá?”. Nós éramos robózinhas, nós tínhamos que chegar, dar leite, pegar [o bebê], que largar e pronto, não tinha nada ligado a sentimento. As mães na CTI, pelo menos eram na minha época, eram tratadas como robôs. Nunca

nem foi oferecido [apoio] e eu acho que seria importante sim, não só pra mim mas pra tantas outras que perderam filhos ali e não tiveram apoio, ninguém tinha apoio. Então, uma mãe apoiava a outra, as enfermeiras tentavam fazer esse trabalho de um pouco de auxílio, mas não tinha, e isso é essencial, não sei porque que não, porque que abandonam tanto a gente. Pra mim enquanto mãe só fui usada pelo sistema, eu não participei e isso é complicado, eu precisaria de tipo, um apoio, uma força, pelo menos eu saber que eu poderia contar com alguém e não tinha ninguém disponível pra nós, não existia isso. (Flor);

Acho que conversar mais sobre isso, até mesmo pras mães quem sabe conseguem evitar [nascimento prematuro], que ajude a evitar partos prematuros ou que essas mães que estão na UTI que elas consigam ter dicas com outras mães que já passaram por isso, pra conseguem amamentar o filho, pra conseguem passar de uma maneira mais tranquila, pra conseguem ter força, porque é muito difícil. Eu acho que falta esse cuidado, acho que precisa conversar mais sobre isso, pra ajudar realmente os pais que tão passando por esse momento agora. (Jasmin).

Souza et al. (2007) sugerem que as lacunas constatadas nas relações entre profissionais de saúde e usuárias evidenciam a emergência de mudanças no atendimento psicológico e emocional das mães, valorizando sua participação como indispensável para a recuperação de neonatos na UTIN. Nesse contexto, ainda que a tecnologia proporcione um aumento significativo na sobrevivência de neonatos prematuros, cabe atentar à importância de que o foco da atenção profissional esteja voltado não somente para a priorização do atendimento às demandas biológicas dos bebês, mas também às necessidades psicológicas e emocionais dos pais, sobretudo das mães, que enfrentam cotidianamente a UTIN.

A mãe precisa ser reconhecida pela equipe em suas características e necessidades particulares, favorecendo sua adaptação ao novo ambiente (LIMA; SMEHA, 2019). Porém, no presente estudo, as participantes apontaram para o fato de não se sentirem cuidadas e não terem suas necessidades, na maioria das vezes, reconhecidas e acolhidas pela equipe. Assim, foi possível identificar que a realidade profissional evidenciada “distancia-se da proposta de integralidade das ações de saúde quando não se consegue identificar e compreender as condições de fragilidade emocional das mães de prematuros, quando estas já acumularam o desgaste psicológico decorrente da gravidez de risco” (SOUZA et al., 2007, p.709).

Relacionado a isto, as participantes do estudo mencionaram sentirem-se sozinhas e esquecidas durante a internação de seus bebês, julgando que sua participação foi necessária apenas nos momentos da amamentação, atrelando sua presença exclusivamente o aleitamento

do bebê. Frente à escassa atenção recebida pela equipe multiprofissional, as mães buscaram auxílio entre si, compartilhando sua vivência na tentativa de fortalecerem-se. Igualmente, a busca de recursos na tentativa de suprir as necessidades de escuta e apoio das mães se faz possível através do suporte familiar, da interação com outras mães que vivenciavam situação semelhante, além da religiosidade e das palavras atenciosas de alguns profissionais (SOUZA et al., 2007)

Como práticas possíveis de suporte, Freitas, Menezes e Mussi (2012), buscando compreender o significado de conforto para familiares de pessoas em UTI, ao entrevistarem 14 familiares em Salvador/BH, identificaram a contribuição dos profissionais da saúde para que a mãe busque estratégias de enfrentamento, com vistas a redução do seu sofrimento e estresse emocional, em uma perspectiva de cuidado à família e respectivamente o bebê. O mesmo foi corroborado por Oliveira et al. (2013), ao identificar que a interação e o apoio da equipe de saúde foram indicados pelas mães como fatores fundamentais e facilitadores para o enfrentamento da experiência de hospitalização dos recém-nascidos. A assistência por parte dos profissionais se deu a partir acompanhamento especializado e orientações recebidas pela própria equipe, contribuindo para a redução da ansiedade e promoção da sensação de amparo e conforto das mães, que, deste modo, passaram a se sentir devidamente valorizadas e inseridas no cotidiano de vida e atenção ao recém-nascido internado.

Além disso, cabe ressaltar que esse sentimento também estaria atrelado a solidão vivenciada pelas participantes naquele momento, embora o suporte familiar recebido, em grande parte do tempo essas mães permanecessem sozinhas na UTIN. A própria participação paterna era restrita durante o período de internação, tendo em vista, sobretudo, as questões econômicas e legais, como a licença paternidade, que impossibilitavam um maior envolvimento do pai e apoio prestado à mãe e o contato com seu bebê: “O meu esposo a partir de 10 dias ele voltou a vida normal dele, ele é vendedor, então ele viajava direto, a bronca foi comigo, graças a Deus foi parto normal, que eu podia dirigir direto e não precisava me preocupar, aí eu segui o barco sozinha.” (Magarida).

Esses resultados vão ao encontro dos achados de Hayakawa, Marcon e Higarashi (2009), ao investigarem as alterações familiares decorrentes da internação de um filho junto a 21 pais de crianças internadas na UTI pediátrica de um Hospital Universitário localizado na região noroeste do Paraná. O estudo destacou que os pais das crianças hospitalizadas raramente possuem a oportunidade de acompanhar de perto a evolução de seus filhos,

acarretando em sentimentos de tristeza e impotência, alternados com períodos de resignação. De acordo com Hagen et al. (2016), as mães que não podem ser acompanhadas pelos companheiros tendem a apresentar maiores dificuldades de enfrentamento em comparação com aquelas contam com a participação paterna no período de internação de seus bebês.

Segundo Winnicott (1967/1994), nos primeiros meses de vida do bebê, devido as mães se encontrarem em uma condição de maior vulnerabilidade em razão do estado de preocupação materna primária, o pai ou alguém que ocupe essa função, mostra-se indispensável, por ser capaz de oferecer à mãe os cuidados precisos e sustentar sua condição de maior desamparo necessária à identificação com o bebê. Ademais, embora a entrega incondicional da mãe para os cuidados com o bebê seja indispensável, a impossibilidade de revezamento com o pai justifica-se, em certa medida, dado que a legislação brasileira concede, de modo geral, apenas cinco dias de licença paternidade, inviabilizando a presença do pai no acompanhamento da internação em tempo integral (BRASIL, 1943).

(5) Estreando a Maternidade – tornar-se mãe após alta da UTIN

Esta categoria visa contemplar os tópicos relativos ao sentir-se mãe no exercício da maternidade. Com relação ao vínculo e proximidade, durante a internação de seus bebês na UTIN, algumas das mães participantes deste estudo referiram não se sentirem próximas a seus bebês, além de não sentirem que os conheciam, embora fossem capazes de identificar algumas situações em que o bebê não estava bem:

Eu não sentia todas as reações dele, mais fome, porque eu não peguei ele com dor, nada disso. Na verdade, ele nem chorava pra mamar. Ele ficava todo momento com a sondinha. Eu só peguei os incômodos dele, só a hora que tirava a roupa pra trocar a fralda, que era bem rápido. (Azaleia);

Quando ele nasceu, parece que o alívio foi assim, 'pronto, agora não é mais minha responsabilidade, agora é dos médicos e dos enfermeiros'. Eu só voltei a ter responsabilidade de mãe no dia que eu peguei ele de volta. Então, essa proximidade foi tirada de mim. Não conhecia mania, não conhecia nada, tudo a gente foi conhecer em casa. Lá (no hospital), quando ele chorava, eu já erguia a mão e chamava as tias (enfermeiras) e elas vinham e assumiam (Flor).

Segundo Marciano (2017), em sua pesquisa sobre as representações maternas acerca do nascimento prematuro com 15 mães de bebês prematuros durante a internação do filho na

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ressaltou que as participantes perceberam a UTIN como um obstáculo para formação do vínculo com seus bebês, sendo que “o serviço é visto como uma mãe toda-poderosa que arranca o bebê da mãe que não pôde terminar sua obra” (Marciano, 2017, p. 157). Além disso, no mesmo estudo, foi apontado pelas participantes que o pouco contato com o bebê devido a sua fragilidade corporal, o medo de pegá-lo no colo, a não realização dos cuidados comuns ao filho e a escassez de reações do bebê diante dos estímulos, demonstraram-se como atravessamentos significativos na formação do vínculo com seus bebês. Nesse contexto, Mathelin (1999) questionou "como se sentir mãe de um bebê que não dá sinal, que não mama ao seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?"

Não obstante, duas mães participantes relataram sentirem-se muito vinculadas a seus bebês mesmo durante o período da internação na UTIN. Uma dessas referiu ter mais oportunidade de cuidar de seu filho durante a internação, enquanto a outra participante atribuiu tal sentimento ao nascimento prematuro e à gravidade do estado do bebê:

A impressão que dava era que conhecia a vida toda. O jeitinho que ela olhava quando eu colocava. Eu comecei a colocar ela na incubadora, ela chorava muito. Ela já conheceu o que era um colo, ela já via que o colo era bom. (Violeta);

É muito interessante, porque eu acho que mesmo um bebê estando na UTI Neo, acho que até pela questão de ter nascido antes e tudo mais, você se sente ligada de uma maneira muito forte, pelo menos eu me senti. Durante o período dele na UTI Neo, eu me sentia muito ligada nele, muito mesmo. Acho que era uma coisa muito mais forte do que é hoje, acho que até por conta da gravidade da situação, por ele ser tão pequenininho. (Jasmin).

De modo geral, as participantes reforçaram o fato de não se sentirem mães durante a internação, não podendo exercer a maternidade como desejavam e tendo pouca autonomia para tomar decisões a respeito de seus bebês. Dessa forma, percebiam-se como coadjuvantes de um sistema que tinha por finalidade a manutenção da vida de seus filhos: “A partir do momento que você não encosta, nem parece que é teu, é muito engraçado, porque tá ali, mas eu não posso fazer nada.” (Girassol);

A gente participa das conquistas, a gente vai vendo, mas a gente não é mãe lá dentro, não tem esse sentimento ainda, materno, aflorado, porque a gente não tem decisão nenhuma. Era nascido, mas não era, porque não era meu ainda. Era como se

tivesse seguido a gestação, era diferente. Não tinha esses momentos de vínculo forte, era muito mais rotina e uma coisa mecânica do que sentimento. Basicamente nós íamos lá pra manter o filho vivo, não pra curtir, viver a maternidade. Era bem robotizado, manter ele vivo e depois quando ele veio pra casa que a gente começa a ter as boas recordações. (Flor);

Por exemplo, eu amamento ele livre demanda, no hospital eu não conseguia fazer livre demanda. Embora eles falassem que era livre demanda, não era, porque quando eles choravam fora do horário ninguém deixava eu dar o peito pra ele, eu tinha que ficar pedindo pra amamentar ele. Então, isso também não foi legal. Ao mesmo tempo que a gente sabe que a gente é a mãe, você se sente meio impotente como mãe porque você tem que seguir as regras do hospital, às vezes, você quer pegar seu filho fora do horário, e você não pode. Eu acho que ainda a mãe, ela deveria participar muito mais do que a gente participa, no sentido dos cuidados, de como você quer que seja feito, como você quer que pegue seu filho. Tudo isso que eu acho que tem que ser melhorado nas UTIs. Eu acho que ainda falta muito o olhar pra mãe. Eu acho que muitas vezes a gente se sente ali como mãe de escanteio. Como se é o meu filho e parece que é filho do hospital, não seu filho. (Jasmin).

Ao deparar-se com um bebê impossibilitado de receber seus cuidados em virtude das suas condições gerais, junto à necessidade de compartilhá-los com muitos profissionais, as mães podem vivenciar sentimentos de incompetência e fracasso, bem como, a experiência de serem mães substitutas para o próprio filho (BASAGGIO et al., 2017; LARA; KIND, 2014). Além disso, as barreiras do toque ao recém-nascido e o fato de todas as suas decisões exigirem o consentimento dos profissionais de saúde, dificultam o reconhecimento do filho como seu (FLECK; PICCININ, 2013).

Esse aspecto pôde ser identificado entre as mães participantes do presente estudo, visto que, diante da necessidade de seus bebês receberem cuidados específicos das equipes da UTIN, percebiam-se impedidas de desempenhar seu papel materno, desencadeando sentimentos de invalidez e frustração. Em sentido semelhante a esses achados, o estudo de Lara e Kind. (2014), na qual participaram seis mães e seus bebês prematuros internados em uma UTIN, em um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte/MG, sobre a experiência de ser mãe de um bebê prematuro na unidade neonatal, identificou que a confiança das participantes no modo de cuidar da equipe da UTIN pode estar associado a sua caracterização com “mães substitutas” dos bebês na ausência das mães, implicando em um impedimento em seu processo de se fazer mãe, trocar fraldas, amamentar, cuidar à noite, etc.

Nesse sentido, é importante que a equipe esteja atenta para o fato de não ocupar o lugar de “melhor mãe” para o bebê, visto que é de sua responsabilidade os efetivos cuidados técnicos do recém-nascido que serão demandados em vista da prolongada internação, de modo a dificultar o relacionamento mãe-bebê. Todavia, sabe-se que experiência tátil materna, que difere dos profissionais, tem um potencial efeito sobre o desenvolvimento do apego mãe-filho, denotando a importância de estimulá-lo (GOMES, 2004; MEDINA et al., 2018).

Com relação ao sentimento de tornar-se mãe, muitas participantes ponderaram que o processo de se reconhecerem como mães se deu a partir da alta de seus bebês, quando esses puderam ir para casa. Nesse momento, perceberam-se como protagonistas no exercício do cuidado de seus filhos:

Foi muito bom trazer ele pra casa, parece que eu me senti mãe dele de novo. Eu podia escolher a roupinha dele, eu podia ter qualquer decisão sobre ele. Que é uma coisa que é de mãe, né, poder escolher a roupa que o teu filho vai usar, porque lá não tinha, botavam o que queriam. Então, eu poder ser responsável por ele, a hora que chorar eu pegar, a hora que ter fome, eu dar mamar. Antes não era eu, tudo eram as enfermeiras. (Flor).

A limitação imposta à realização dos cuidados esperados de uma mãe ao seu bebê, bem como a insegurança diante de sua imaturidade orgânica, dificultam às mães assumirem a função materna na UTIN, sentindo-se desprovidas de sua função, no lugar de espectadoras (MARCIANO, 2017). Nesse sentido, Brazelton (1988) reforçou que só é possível aos pais conhecerem seu bebê à medida que os cuidam, ao passo que o bebê, por sua vez, também passará a responder aos estímulos das figuras parentais. Desse modo, o melhor recurso para a construção do papel de pai ou mãe pode ser descrito pela liberdade e iniciativa de conhecer a si mesmo, seguir suas próprias intuições, ao passo em que o bebê irá sinalizando o caminho.

Igualmente atrelado à constatação do seu papel de mãe, foi referido o sentimento de cuidado com o filho e a prioridade desse lugar na vida dessas mulheres: “O cuidado diário é o que faz eu me sentir mãe, se eu não cuidar dela eu fico meio estressada.” (Violeta); “Você se sente mais mãe quando você começa com propriedade fazer o que você esperava fazer e que era o normal, o cotidiano, você cuidar do seu filho.” (Azaleia);

Gerar as vidinhas que eu gerei, você já muda totalmente seu pensamento, você já volta mais pra preocupação, como é que vai ser, como é que não vai ser, não pode

faltar nada, você sempre quer dar as coisas boas. Você sempre pensa neles primeiro. Não existe mais você. (Primavera);

Eu acho que é mais essa preocupação, além desse cuidado de disponibilizar um tempo, porque, antigamente, o tempo era voltado pra mim. Acaba sendo ele em primeiro lugar mesmo, não tem como não ser, é o que todo mundo fala. É isso mesmo. Esse cuidado eu acho, essa preocupação com o futuro. (Girassol).

Monteiro (2005), em estudo desenvolvido com trinta mulheres mães, ressaltou, no discurso das participantes, a centralidade da ideologia que considera a mulher como a figura primária de cuidados, destacando que essa, ao assumir o papel de principal cuidadora, adere e materializa uma identidade feminina valorizada e reconhecida socialmente. Ainda, Martins, Abreu e Figueiredo (2014), ao entrevistarem cinco casais sobre o processo de tornarem-se pais, identificaram que, para a mulher, assumir-se como principal prestadora de cuidados constitui o processo de entregar-se para a aprendizagem que entende ser a maternidade, caracterizando a possibilidade de ser uma mãe competente, que cuida e ama.

Além disso, sentirem-se reconhecidas por seus bebês como mães foi apontado pelas mães participantes como um fator importante nesse contexto: “O que me faz sentir mãe é essa cumplicidade que ele tem comigo. Eu sentir que, quando acontece alguma coisa, sou eu que ele procura.” (Azaleia);

A gente acha bonitinho que a gente sente que ele sabe que eu sou a mãe dele e que o pai dele é o pai dele. Pra mim, isso é o que mais vale, ele saber realmente quem são os pais dele e ter essa referência da gente. Então, acho que é o vínculo que a gente tem, pra mim é o que mais vale. (Jasmin);

Quando era bebê, demorou, até ter aquele vínculo forte. Muitas vezes, eu me cobrava por isso, porque será que comigo não é tão forte? Eu acho que demorou, foi uma construção, aquele vínculo do bebê. No início, ele ficava muito bem com o pai, ficava muito bem comigo, ficava muito bem com a tia, ele não tinha só eu como referência. Esse vínculo, foi se construindo ao longo do tempo. Normalmente, quando nasce um bebê, ele só quer o cheiro da mãe e ele não era assim quando era bem pequeno. (Flor).

Entende-se que as primeiras respostas do bebê aos cuidados dos pais desempenham um papel fundamental na configuração do vínculo, pois favorecem o sentimento dos pais de serem necessários e de conseguirem estabelecer uma comunicação com seus filhos

(BRAZELTON, 1988). De acordo com Candaten, Custódio e Böing, (2020, p. 70), “na medida em que o recém-nascido dá sinais potenciais de vida, interage e reconhece a figura materna, seja por uma melhora clínica, ou mesmo diante das suas limitadas possibilidades, assegura para a mãe o seu lugar de filho, convidando-a para uma relação de envolvimento afetivo”.

Nessa perspectiva, quando questionadas acerca do amor e vínculo estabelecidos, as participantes referiram desenvolvê-los na medida em que sentiam-se responsáveis por cuidar de seus bebês, pegá-los no colo e conviver efetivamente com eles, permitindo sentir que eram seus filhos:

A partir do momento que você começa a ter esse vínculo, acho que aí sim começa o vínculo de família, porque, até então, você não tem convívio. Eu acredito fielmente que amor é convívio, é a partir do momento que você tá ali com seu filho e que você começa a participar do dia a dia, porque é convivência. A partir do momento que você tem essa convivência, você começa a se apegar. (Girassol);

Foi muito bom, foi maravilhoso estar podendo me sentir mãe. Eu disse: 'Ah não, agora tá valendo a pena tu ser mãe', porque, até então, até ele vir pra casa, desde a gestação, tá, foi legal, mas nada foi aquela coisa do amor. Na hora que eu tive ele pra mim, "Ah, esse filho é meu", daí parece que veio, sabe, veio o sentimento de amor, veio a maternidade. Aí, foi muito bom. (Flor).

No que se refere ao vínculo e ao amor materno, as participantes reforçaram o fato de ser possível consolidar tal sentimento a partir da possibilidade do convívio e das trocas diárias com o seu bebê. Para Badinter (1985), embora a maternidade possua transformações e características comuns, o amor materno não está inscrito na natureza feminina e terá um significado singular para cada mulher. Distante da ideia de ser inato e instintivo, é condicionado por múltiplos fatores, dependente não só da história pessoal de cada mulher, da oportunidade da gravidez, do seu desejo pela gestação, da relação com o pai, mas também de fatores sociais, culturais e profissionais, além das exigências e dos valores dominantes da sociedade, os quais determinam os respectivos papéis de pai e de mãe (BADINTER, 1985, SIQUEIRA; FARAJ, 2019).

(6) O cuidado após a hospitalização: a relação mãe-bebê em casa

Esta categoria visa apresentar os aspectos relacionados ao exercício da maternidade após saída dos bebês do hospital, tendo vivenciado a internação em uma UTIN. As mães

participantes mencionaram, como uma das principais realizações da sua maternidade, o fato de seus bebês terem dado alta da UTIN, e retornarem para casa junto delas, com saúde:

Ela passar por todas essas fases e conseguir ter um desenvolvimento normal, isso me faz realizada. Eu ter conseguido passar por tudo sem ela ter nenhum problema, nenhuma dificuldade, ela não ter tido dificuldades de realização de fala, de movimento, de andar, eu ter corrido atrás do prejuízo e eu ter conseguido. (Violeta);
Minha maior realização acho que trazê-lo pra casa né. Foi trazer ele pra casa, acho que foi minha melhor realização, engraçado, eu sempre sonhei em me formar, minha faculdade foi difícil, eu ingressei na faculdade já tarde, foi um sonho pra mim me formar, mas eu não esperava que o sonho maior seria trazer meu filho pra casa. (Azaleia);

Amamentar gêmeos até os 2 anos, essa foi uma das melhores coisas. A questão do acompanhamento, como elas nasceram prematuras tinha toda aquela questão, 'com quanto tempo vão caminhar, vão fazer isso, vão fazer aquilo', e como a gente perseguindo os passos das pessoas qualificadas pra isso elas conseguiram desenvolver dentro do tempo delas e o nosso auxílio foi fundamental pra isso, tanto o meu quanto do meu esposo. Então, essa questão de elas terem desenvolvido no tempo e a questão da amamentação assim foi as coisas mais gratificantes que a gente teve. (Margarida).

Apesar de todos os atravessamentos experienciados durante a internação, algumas mães do estudo significaram a vivência da alta hospitalar como vitoriosa e recompensadora, destacando como realizações da sua maternidade a alta da UTIN, o retorno para casa junto de seus bebês, e o cuidado que desempenham. O ato de cuidar do bebê em casa e tê-lo perto gera uma satisfação inexplicável para as mães, tornando o trabalho de cuidar do filho prematuro mais prazeroso e compensador (FROTA et al., 2013). Desse modo, “presenciar a vinda do bebê ao domicílio leva a família a arquitetar um futuro, congeminando esperanças em relação ao estudo, trabalho e vida social estável, mudando, assim, seu modo de viver” (FROTA et al., 2013).

Ainda assim, com relação às primeiras semanas após a alta hospitalar, de modo geral, as mães mencionaram um tempo de adaptação da família, referindo dificuldades relacionadas a um primeiro momento no qual foi necessário conhecer o seu bebê e criar uma rotina com ele. Embora cansativo, as mães avaliaram esse momento como bastante gratificante e feliz: “Levou mais ou menos uma semana de adaptação, é como se, ele não veio com um mês e

pouco pra casa, ele veio como se fosse recém-nascido e essa primeira semana a gente se adaptou e depois foi tranquilo.” (Flor);

Foi exaustivo porque ele acordava muito a noite, muito, então eu fiquei muito exausta, eu fui pegando o jeito, foi indo, mas no começo foi bem difícil nessa parte, e fora as cólicas que ele tinha, ele tinha muita cólica, então ele chorava muito. (Primavera).;

Eu consegui respirar e consegui me conectar mais ainda com ele, entender mais ainda o que ele queria e, acho que isso vem com o tempo realmente. Poder colocar as roupinhas dele que tavam esperando, porque a gente tem essas coisas como mãe, de poder trocar o bebê, arrumar, e ele tá no quartinho dele e assim, pra mim fez valer apenas todo sofrimento que eu passei, mas foi maravilhoso, mesmo que tenha tido várias noites sem dormir, foi maravilhoso ter ele em casa, foi a melhor coisa, (Jasmin).

Foust (2007), nesse contexto, referiu que a chegada ao domicílio é um período de adaptação dos pais e do bebê ao novo ambiente, compreendendo que, a partir desse momento, tornam-se os responsáveis por todo o cuidado prestado ao novo membro da família. Neste estudo, as mães manifestaram alegria em poderem levar seus bebês para casa, além da realização em sentirem-se responsáveis pelos cuidados dos bebês, aspecto almejado desde a gestação. Igualmente, foi ressaltada a importância desse primeiro contato com seus filhos sem a mediação de outros profissionais ou aparelhos, pela possibilidade de conectar-se a ele e conhecê-lo, na medida em que se construía uma nova rotina, adaptada às demandas de seus bebês.

Embora esse período fosse descrito como cansativo, ele marcou, na concepção de algumas participantes, a condição de tornarem-se mães, associando a alta hospitalar ao nascimento de seus bebês. De acordo com Araújo e Rodrigues (2010), esse momento tão desejado de cuidar do bebê representa para a mãe a oportunidade de colocar em prática e assumir a função materna, bem como, configura-se como um exercício de conhecimento e reconhecimento de seu filho, aspecto significativo na construção da relação afetiva.

Não obstante, inicialmente algumas mães evidenciaram dificuldades em identificar-se com o seu bebê em particular, referindo seguir a mesma rotina e prestar os mesmos cuidados realizados dentro da UTIN. Ademais, o fato de alguns bebês solicitarem menos as mães, apresentando poucas demandas espontâneas, tais como episódios de desconforto ou choro, foi apontado pelas participantes: “Foi um bebê super tranquilo, não era chorão, não

estranhava ninguém, no decorrer, que ele tava crescendo, eu precisei fazer algumas coisas na faculdade, eu deixava ele com a minha mãe, ele ficava tranquilo” (Azaleia); “Pra te falar a verdade, ela não chorou muito, ela não foi de chorar, ela tá começando agora a querer da birra, a chorar e tudo, mas ela nunca foi uma criança chorona.” (Violeta);

Uma das coisas boas da maternidade foi a questão disso, ele veio muito regradinho pra casa, então era muito tranquilo cuidar dele, ele era muito calmo, ele não chorava muito, ele tinha as horas certas pra mamar, então foi muito bom ter ele em casa porque eu acho que até nesse ponto a CTI foi positiva porque eu simplesmente peguei todo modelo da CTI e apliquei aqui em casa até ele começar a comer. (Flor).

Viera e Mello (2009), ao entrevistarem seis famílias com filhos nos três primeiros meses após a alta hospitalar, em Cascavel-PR, verificaram que os longos períodos de internação vivenciados junto a privação de afeto e carinho ao bebê, apresentaram-se como fatores significativos no aumento do estresse e ansiedade da família, repercutindo no estabelecimento do vínculo e apego. O mesmo achado também foi corroborado por Alexandre et al. (2016), em pesquisa 50 com mães de bebês prematuros em uma maternidade de Lisboa. Os resultados do estudo indicaram que, independentemente da paridade das mães, a aceitação de um bebê prematuro esteve associada negativamente com nível de ansiedade vivenciado no contexto do nascimento prematuro.

Uma dificuldade apontada pelas participantes após a saída do hospital foi a falta de segurança que os aparelhos hospitalares ofereciam, ao medirem saturação, batimentos cardíacos, dentre outras mensurações, permitindo à mãe saber como estava o bem-estar geral de seus bebês:

Saber se eu tava fazendo tudo certo mesmo né, porque uma coisa que a gente fica muito viciado é com o monitor, é vício. Você não sabe como é que tá a saturação dele, eu até pensei em comprar aqueles aparelhos de saturação, aí eu falei pra médica e a médica falou pra mim, 'não faça isso porque se não você vai ficar muito dependente disso, vai acabar ficando doida, então não faz'. (Girassol);

Acho que a maior dificuldade pra mim foi desligar ele dos aparelhos, porque assim, quando tu tá no hospital, tu vê que o coração tá batendo, vê que ele tá respirando, vê o índice de oxigenação dele e tu tá sempre acompanhando, qualquer coisinha que dá errado o monitor apita. Quando ele veio pra casa eu não tinha mais essa segurança, então o que eu e o meu marido fizemos, acho que nos primeiros quinze

dias, nós nos revezávamos de noite pra sempre ficar um acordado junto com ele, eu dormia quatro horas, depois ficava quatro horas acordada com ele. (Flor).

Vieira e Melo (2009) lembram que, apesar da alta hospitalar ser um dos momentos mais desejados pela família de crianças prematuras, existe a ansiedade e a insegurança acerca do cuidar em domicílio, sem a presença da equipe de saúde. Do mesmo modo, frente à alta, prevalece um estado crítico influenciado pela necessidade da integridade do cuidado, situação na qual faz-se emergir dúvidas na mãe quanto aos cuidados básicos e a possibilidade de cuidados especiais (NIETSCHE et al., 2016). Embora as participantes do estudo não tenham apontado para dificuldades relativas ao cuidado de bebês sem o suporte de profissionais no ambiente familiar, algumas referiram a falta sentida do uso dos aparelhos disponibilizados durante a internação.

Além disso, nesse retorno para casa, muitas mães também indicaram a preocupação referente ao desenvolvimento de seus bebês, dirigindo muita atenção aos marcos do desenvolvimento típico da criança:

Até pouco tempo atrás, ele tá com um ano e meio, aí ficava observando pra ver se ele olhava no olho, pra ver se ele andava na ponta do pé, aquelas coisas que se fala assim, 'não, é paranoia', mas é justamente esse receio, porque as médicas foram bem, enfatizaram muito isso, 'pode ser que ele tenha sequelas', e eu disse 'olha doutora eu fico observando isso e isso pra ver se ele tem autismo, porque pode ser que ele tenha, fico olhando'. (Girassol);

Depois que passou essa parte até ele melhorar as imunizações, principalmente começar a sair abaixo da curva esperada de crescimento né, de peso e altura do desenvolvimento de um bebê, eu ficava com bastante cuidado, aí depois que ele começou chegar, que foi muito rápido esse desenvolvimento dele, ele ficou pouco tempo atrás, tipo bebezinho, com 2 ou 3 meses. (Azaleia).

Jerusalinsky (1999) mencionou que, durante o período de internação na UTI neonatal, a mãe é privada de ocupar o seu lugar de mãe de um bebê saudável, passando a ocupar um lugar de cuidadora de um organismo biológico. Assim, após sua saída do hospital, algumas mães apresentam dificuldades em ocupar a função materna e abdicar do olhar médico, por encontrarem-se em um estado que pode ser descrito como preocupação médica primária (AGMAN et. al., 1999). De acordo com Morch e Braga (2007), o termo descreve a situação vivenciada por mães de bebês hospitalizados que acabam por desempenhar uma função que se

assemelha à médica, permanecendo ao lado das incubadoras, verificando os controles e sinais vitais do bebê e dominando todos os termos científicos relacionados à UTIN.

De modo semelhante, uma mãe também mencionou priorizar em seus cuidados o ganho de peso do seu filho, considerando-o como um indicador de saúde naquele momento:

Eu sabia que ele só ia tá 100% bem quando ele chegasse nos 3kg e ele saiu de lá com 2kg, então eu dava muito mamá pra ele, eu complementava muito com fórmula, só querendo que ele ganhasse peso, eu era viciada desde o hospital, acho que isso era uma coisa do hospital, eu precisava que o ele ganhasse peso, azar se ficasse obeso, eu quero que o meu filho ganhe peso porque quando ele tivesse 3kg ele pode sair de casa. O médico recomendou, “até ele ter 3kg ele ainda vai ser frágil, tu não sai muito”, então minha meta era os 3kg. Eu pesava ele todos os dias, eu botava em cima daquela balança de frutas, e ia pesando, isso era a minha preocupação. No hospital é tudo métricas, tudo tem que atingir tal ponto, e assim a gente se acostuma. (Flor).

Em decorrência do medo de possíveis sequelas desencadeadas pelo nascimento prematuro e a expectativa pelo desenvolvimento típico, algumas mães passaram a investir muitos recursos na estimulação de seus bebês:

Depois que saiu da internação eu não tinha sossego de ficar em casa com ela, pra ela não ficar com sequela nenhuma, pra ela não ficar pra trás, ela tinha duas fisioterapias e ela foi pra escola precoce pra crianças que nascem com prematuridade. Aí ela foi fazer fisioterapia precoce, ela foi fazer fisioterapia motora e fisioterapia respiratória e a gente foi nessa linha, era muito médico. (Violeta);

Eu fiquei meio paranoica quando ele saiu porque eu sabia que ele estaria sempre dois meses atrasado no desenvolvimento dele, porque ele nasceu dois meses antes, então sempre tentei estimular muito pra ele desenvolver. Além do peso, eu sempre estimulava muito as outras partes. Eu não sei até se eu super estimulei porque meu filho é muito maduro pra idade dele, porque eu sempre super estimulei ele por medo de ele ficar pra trás das outras crianças. (Flor)

Estevam e Silva (2016) observaram que, diante da alta, as mães salientaram incertezas relativas à preocupação constante a respeito da continuidade do tratamento de seus bebês, seu desenvolvimento e recuperação, assim como a possível necessidade de retornar à UTIN. De mesmo modo, Siqueira e Dias (2011), ao entrevistarem 21 mães atendidas no ambulatório de

neonatologia de um hospital geral do SUS, em Fortaleza-CE, notaram que as lembranças da instabilidade de saúde do filho durante a internação na UTIN provocam marcas, levando as mães a acreditar que algo de ruim pode acontecer com o bebê.

Também foi referido pelas participantes o temor de seus bebês apresentarem problemas e/ou complicações respiratórias, e necessitarem de uma nova internação hospitalar: “Era a saturação, eu tinha medo de cair a saturação e não conseguir ver, e chegar no hospital e não dar tempo de socorrer ele porque é muito longe, então eu fiquei com muito medo disso.” (Primavera); “A gente tinha medo dele dar algum problema e ter que retornar pra UTI, porque a gente viu muitos bebês que passaram por isso, que sofreram alguma apneia, alguma coisa em casa e tiveram que voltar se reinternar.” (Jasmin);

Eu consegui que até os 3 anos elas não precisassem retornar e ser internadas nenhuma vez, então a gente cuidou bastante contato assim, não ficam perto de pessoas que estão fumando, tem todo um cuidado de higienização, a minha casa não é uma casa organizada, mas é uma casa limpa, a gente limpa quase todo dia, a gente tenta tirar o pó pra evitar problemas, porque a gente sabe o quanto pode afetar principalmente a questão respiratória delas. (Margarida).

Sabe-se que, junto à alegria e à ansiedade vivenciadas, a mãe experiência uma mistura de outros sentimentos que acompanham as grandes expectativas para receber o filho em casa, espaço onde a mãe depara-se com a vulnerabilidade do seu bebê (FROTA et al., 2013). Nesse sentido, todas mães mencionaram o medo de que seus bebês precisassem vivenciar uma nova internação. Atrelado a isso, verificaram-se preocupações associadas a atrasos no desenvolvimento de seus bebês, a sequelas do nascimento prematuro e ao ganho de peso. Esses aspectos reverberaram em um alto e significativo investimento, pelas participantes, em recursos para a estimulação de seus filhos

Em relação às implicações da internação, algumas mães afirmaram conseguirem identificar diferenças no exercício da sua maternidade, comparado a outras mães que não tiveram bebês nascidos prematuros e não passaram por uma internação em UTIN, sobretudo no que diz respeito a um maior cuidado, seguindo rigorosamente todas as orientações médicas:

Acho que antes eu blindava mais, no entanto que a médica falou assim, que até os 5 meses a gente tava proibido de sair de casa justamente por causa de imunidade, pra

não afetar a parte pulmonar, tudo que a médica falava a gente seguia muito certinho. (Girassol);

Meu medo é, eu tive que ficar um mês com o meu filho em casa sem receber ninguém, então as pessoas elas ficam curiosas, mas era tipo eu não podia, não podia. Quando eu saía com ele era sempre com muito cuidado, as pessoas não ficarem muito próximas dele. (Azaleia);

Eu acredito que eu tenha mais cuidados que outras mães não tem, em certos lados, mas não em todos (...) a gente se preocupa um pouco com bactérias, com vírus, com gripe que elas possam ter de outras pessoas. Isso eu cuido um pouco, mas em compensação eu deixo as minhas filhas brincarem na terra, no barro, na grama, com o cachorro, então eu cuido mais as questões dos vírus que possam vir de outras pessoas, tanto que pra escolinha elas não foram até, por recomendação médica e pra evitar muito contato e contrair muitas doenças respiratórias. (Margarida).

Marciano (2017) corrobora esses achados, ao referir que as participantes do seu estudo demonstraram preocupação com aspectos como a higienização das mãos e o uso de álcool em gel, observando que as mães buscavam implementar em casa aquilo que aprenderam na UTIN. Essa condição foi evidenciada ao descreverem seu comportamento em relação ao filho como mais cuidadoso, evitando algumas visitas às crianças, questionando-se mais sobre o momento ideal da inserção escolar, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pôde alcançar a narrativa de mulheres sobre sua vivência de tornar-se mãe permeada pelo contexto do nascimento prematuro e a internação em uma UTI Neonatal. No contexto de um parto inesperado, foi possível identificar que, além de um bebê que ainda se encontrava em formação ao nascer, as mães também estavam vivenciando um processo de tornarem-se mães, sentindo-se perdidas e pouco preparadas para a chegada de um bebê naquele momento, tanto no que se refere às questões psíquicas, quanto à organização física do ambiente familiar, evidenciando frustração frente a impossibilidade de realização do idealizado.

Além disso, vinculada à frustração, também notou-se a presença da culpa sentida pela mães, as quais responsabilizavam-se pelo parto prematuro e por todos os desdobramentos decorrentes desse acontecimento. Nesse sentido, cabe ressaltar a importância de pensar intervenções e direcionar atenção especializada a essas mães, de modo a minimizar tais sentimentos, bem como investir em ações de pré-natal psicológico, que visam o acompanhamento dos aspectos psíquicos e emocionais da família durante a gestação, permitindo o esclarecimento de dúvidas e fortalecendo as mães diante das possibilidades do nascimento.

Ademais, identificou-se a relevância da qualificação dos profissionais que fazem parte das equipes de UTIs Neonatais, tendo em vista a indispensabilidade de ampliar a participação materna nos cuidados estendidos aos seus bebês e reduzir as interferências externas, permitindo que estas possam vivenciar sua maternidade, sentindo-se responsáveis por seus filhos. Reforça-se que inserir as mães no cuidado durante a internação permite a elas o fortalecimento do vínculo com seu bebê e o investimento na sua condição de sujeito, bem como auxilia na preparação para os momentos que sucedem a alta hospitalar, podendo constituir-se como fator protetivo a intercorrências e reinternações.

Também, durante o período de hospitalização, as mães perceberam-se sozinhas, pouco acolhidas pela equipe e dispensáveis naquele contexto, como se não fossem importantes para os seus bebês, com exceção ao que se refere ao aleitamento materno. Desse modo, cabe refletir que muitas mães investiram muitos recursos para efetivar a prática da amamentação, visto que se constituía como o único momento no qual a equipe não poderia substituí-la. Assim, demonstra-se a notoriedade de refletir sobre as práticas de incentivo ao aleitamento e à excessividade de orientações a esse respeito, no sentido de que esta não

caracterize por si só a maternidade e não seja encarada como obrigatória à função materna, tendo em vista que muitas mães não conseguem ou não desejam efetivá-la, embora reconheçam sua importância.

Além disso, também notou-se que o apego das mães às referências métricas como o ganho de peso e os marcos de um desenvolvimento típico pode estar atrelado ao fato de que, durante a internação, a equipe alia esses aspectos à condição de saúde do bebê, atentando-se as questões observáveis que possam evidenciar sua melhora clínica. Por isso, práticas mais voltadas para a humanização do cuidado, tanto aos bebês, quanto às mães, reconhecendo cada um dos sujeitos envolvidos na internação em seu contexto biopsicossocial, se fazem cada vez mais significativas dentro das UTIs, possíveis de auxiliar as famílias na identificação e reconhecimento de suas especificidades e particularidades, respeitando seus movimentos e o tempo do desenvolvimento da criança.

No que tange aos procedimentos utilizados na coleta de dados, considera-se a importância da possibilidade de aproximar-se das participantes através do contato pelos grupos de *Facebook*, espaço potencializado pelos familiares na criação de uma rede de apoio entre os membros. No momento da divulgação da pesquisa, um número significativo de mães manifestou interesse em participar do estudo, evidenciando a necessidade existente por parte dessas mulheres em serem escutadas e compartilharem suas vivências em um espaço ético, de acolhimento e não julgamento.

Ainda, identificou-se que a coleta de dados realizada de forma online possibilitou acessar as mães em suas especificidades e diferentes vivências, provenientes de várias regiões do país, repercutindo na riqueza de informações advindas à pesquisa. Ainda, percebeu-se que a modalidade online permitiu maior acesso à participação da pesquisa, visto que foi possível adaptar-se à realidade de cada participante pela flexibilidade de horários aos encontros, e adentrar no seu contexto, rotina e espaço domiciliar, atentando às singularidades de cada sujeito.

Salienta-se que, após as entrevistas, as participantes mencionaram sentirem-se beneficiadas pelo momento de lembrar e refletir sobre questões importantes da sua história e revisá-las. Algumas expuseram, também, o motivo pelo qual se dispuseram a participar, indicando a possibilidade de ampliar as discussões e acesso de outras mães a essa realidade, de compartilhar esperança a partir de suas vivências e alertar para estratégias de prevenção ao nascimento prematuro e o cuidado dirigido às famílias nesse contexto. Assim, infere-se a

importância de ações voltadas à saúde mental de mães que passam por essa experiência, atentando para a insuficiência de espaços qualificados para tal, sobretudo diante do cenário atual de pandemia pelo COVID-19.

Por fim, cabe considerar, como limitação do estudo e indicação para futuras pesquisas, a relevância de acessar, também, a experiência dos pais e demais familiares envolvidos na hospitalização. Sugere-se, então, que novos trabalhos venham a atentar para a inclusão dessas figuras e sua importância, sobretudo por constituírem-se como importante rede de apoio às mães nesse contexto.

REFERÊNCIAS

AGMAN, M. et. al. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: Wanderley, Daniele de Brito (org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999.

ALEXANDRE, J. D. et al. A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltiparas: Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 34, n. 3, p. 265-277, set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312016000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2021.

ALMEIDA, T. S. O. de. et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.3, p. 301-308, out., 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2914/3230bdf65c6d731abcd8418cd381aded9153.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2020.

ANJOS, L. S. dos et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 571-577, ago., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2021.

ANSERMET, F. **A clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa, 2003.

ARNOLD, L. et al. Parents' first moments with their preterm babies: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 3, n. 4, p. 1-7, abril, 2013. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/4/e002487.full.pdf>. Acesso em 26 jan. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES, AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS. **Parto Prematuro**, s/d. Disponível em: <<https://www.prematuridade.com/index.php/interna-post/parto-prematuro-5999>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70, 2006 (Texto original publicado em 1977).

BASEGGIO, D. B. et al. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 153-167, mar., 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2021.

BERTHOUD, C. M. E.; BERGAMI, N. B. B. Família em fase de aquisição. In C. M. O. Cerveny, & C. M. E. Berthoud (Eds.). **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 293-302, jun., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL. Decreto – Lei nº 5452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1943.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, entre outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Ação Social. Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**: uma família em formação. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações** (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1992.

CANDATEN, M. B.; CUSTÓDIO, Z. A. de O.; BOING, E. Promoção do Vínculo Afetivo entre Mãe e Recém-Nascido Pré-Termo: Percepções e Ações de uma Equipe Multiprofissional. **Contextos Clínicos**, v. 3, n.1, p. 60-85 jan./abr., 2020. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2020.131.04>. Acesso em: 26 jan. 2021.

CARTAXO, L. da S. et al. **Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 551-557, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf> . Acesso em: 28 maio 2020.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. I. A.; CESAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 3, p. 241-246, jun. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

CONS, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 849-855, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400016>. Acesso em: 28 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 016/2000**, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, 2000. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_16.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.

COSTA, J. B. da; MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 317-325, set., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2021.

COSTA, P. J. da; LOCATELLI, B. M. do E. S. O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. **Mental**, Barbacena, v. 6, n. 10, p. x-xx, jun., 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2021.

CUNHA, A. C. B. da; SMITH, J. A. B.; AKERMAN, L. P. F.; SOUZA, V. O. de. Discutindo sobre estresse e enfrentamento da prematuridade por cuidadores. **Temas em Educação e Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 41-58, jan./jun., 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9605>. Acesso em: 17 jan. 2021.

CYPRIANO, L. M.; PINTO, E. E. P. Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 02-25, jul., 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2021.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Vivências e Expectativas de Mães com Recém-nascidos Pré-termo Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 814-834, nov. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2020.

DIAS, M. A. M. **A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise**. 2008, f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2008.

DIAZ, Z. M.; FERNANDES, S. M. G. C.; CORREIA, S. Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v.4, n.3, p. 85-93, dez., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>. Acesso em: 28 maio 2020.

DUARTE, E. D. et al. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 870-878, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/18.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

ESTEVAM, D. C. M.; SILVA, J. D. D. Visão das mães em relação ao cuidado com o recém-nascido após a alta da UTI neonatal. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n.1, p. 15-24, jan./abr.,

2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831990>. Acesso em: 26 jan. 2021.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 106-112, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FLECK, A.; PICCININI, C. A.. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 14-30, abr., 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FONSECA, M. N. de A. et al. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v.9, n.2, p. 141-155, mai./ago. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 maio 2020.

FOUST, J. B. Discharge planning as part of daily nursing practice. **Appl Nurs Res**, v.20, n.2, p. 72-7, maio, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17481470/>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FRAGA I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Rev Gaúch Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 89-97, abril, 2004. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4497/2434>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G.; MUSSI, F. C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896-904, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

GAUCHER, N. et al. Personalized Antenatal Consultations for Preterm Labor: Responding to Mothers' Expectations. **The Journal Of Pediatrics**, v. 178, n., set., 2016. Disponível em: doi: 10.1016/j.jpeds.2016.08.006. Acesso em: 26 jan. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2020.

GOMES, A. J. da S.; RESENTE, V. da R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 119-125, ago., 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/8640>. Acesso em: 20 maio 2020.

HAGEN, I. H.; IVERSEN, V. C.; SVINDSETH, M. F. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. **BMC Pediatr.** v. 16, n. 92, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9>. Acesso em: 26 jan. 2021.

HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 440-445, jun., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 175-182, jun., 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7215/6673>. Acesso em: 26 jan. 2021.

JERUSALINSKY, A. A direção da cura do que não se cura. In: A. Jerusalinsky et al. (orgs). **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora, 1999.

KEGLER, J. J. et al. Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-6, jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452019000100211&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 maio 2020.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLEIN, M. A. **Psicanálise de Crianças**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1997.

LARA, K. L.; KIND, L. PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO VIVENCIADOS POR MÃES EM UMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 575-585, dez., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400575&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE DIANTE DA INTERNAÇÃO DO BEBÊ EM UTI: UMA MONTANHA RUSSA DE SENTIMENTOS. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 24, e38179, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100223&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

LINO, C. A. et al . Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 52-57, mar., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2021.

MACHADO, R. F.; ELIAS, F. J. M.; CORRÊA, A. A. M. Das representações mentais na gestação às frustrações pós parto: um campo para a psicanálise. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA**, Três Lagoas, v.7, n.1, p. 10-18, ago./dez., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/5700>. Acesso em 28 mai 2020.

MAGALHAES, P. M. de; FERIOTTI, M. de L. Atenção ao vínculo em neonatologia: Grupos Balint-Paideia - uma estratégia para lidar com a dor e a incerteza em situações-limite. **Vínculo**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 20-30, dez., 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. Rio de Janeiro, Vozes, 1997.

MALDONADO, T. M.; DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos**. 2. Ed. São Paulo: Integrare Editora, 2010.

MARCIANO, R. P. Representações maternas acerca do nascimento prematuro. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-164, jun., 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

MARCONE, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, C. A. **Transição para a parentalidade**: Uma revisão sistemática da literatura. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009.

MARTINS, C. A.; ABREU, W. J. C. P. de; FIGUEIREDO, M. do C. A. B. de. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. serIV, n. 2, p. 121-131, jun., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud – editora, 1999.

MEDINA, I. M. F., et al. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. **Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives**, v. 31, n. 4, p. 325–330, 2018. Disponível em: 10.1016/j.wombi.2017.11.008. Acesso em: 10 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**. 14a Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, df, 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 28 maio 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 26 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**. Brasília (DF), 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS**, s/d. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 26 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**, Método Canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília, p. 340.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2018). **Método canguru: diretrizes do cuidado**. Brasília, p.84.

MONTEIRO, R. **O que dizem as mães: Mulheres trabalhadoras e suas experiências**. Coimbra, Portugal: Quarteto, 2005.

MOREIRA, J. de O. et al. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 475-483, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

MORSCH, D. S.; BRAGA, M. C. de A. À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 624-636, dez., 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **OMS: cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por ano no mundo**, 14 dez 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo/>> Acesso em: 26 mai 2020.

NIETSCHE, E. A. et al. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 809-816, dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2021.

NUNES, N. P. et al. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia Intensiva neonatal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v.28, n.3, p. 387-393, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3558>. Acesso em: 26 jan. 2021.

OLIVEIRA, K. de et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, mar., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 26 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE NO BRASIL (OPAS). Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 27 de maio de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

PERGHER, D. N. Q.; CARDOSO, C. L.; JACOB, A. V. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 40-56, abr., 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2021.

PICCININI, C. A.; ALVARENGA, P. (Eds.). **Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

PONTES, G. A. R.; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 290-298, dec., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

RAMOS, H. Â. de C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 297-304, abr./jun., 2009.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>. Acesso em: 28 mai 2020.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **O custo da Prematuridade para a ultrapassa R\$ 8 bilhões por ano no país**, 21 junho 2019. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/o-custo-da-prematuridade-para-a-saude-publica-ultrapassa-r-8-bilhoes-por-ano-no-pais/>. Acesso em: 28 maio 2020.

SALES, C. A. et al. Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá v. 27, n. 1, p. 19-23, 26 mar. 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1432>. Acesso em: 26 jan. 2021.

SANTOS, M. da C. L. dos et al. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém nascido prematuro. **Revista Enfermagem UFPE (On Line)**, v.1, n.2, p. 140-149, out./dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.374-8796-1-LE.0102200704>. Acesso em: 28 maio 2020.

SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 10, n. 1, p. 33-47, jun., 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822017000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

SCOCHI, C. G. S. et al. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 495-503, dez., 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671999000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre a vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan./mar. 2011. Disponível em: doi 10.5123/S1679-49742011000100004. Acesso em: 28 maio 2020.

SIQUEIRA, A. C.; FARAJ, S. P. Pesquisas com mulheres que entregam os filhos para adoção: Relato de experiência. **Revista de Psicologia da IMED**, São Leopoldo, v. 12, n. 1, p. 133-147, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i1.3325>. Acesso em: 28 mai. 2020.

SOUTO, D. da C.; SCHULZE, M. D. Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 173-184, dez., 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2021.

SOUZA, N. L. de et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 704-710, out.,

2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2021.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Original publicado em 1965).

SZEJER, M. **Se os bebês falassem**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2021.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, mar., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2021.

VIVIAN, A. G. et al. Conversando com os pais: relato de experiência de intervenção em grupo em UTI pediátrica. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 174-184, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2021.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994. (Originalmente publicado em 1967)

WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 2000. (Trabalho original publicado em 1956).

WINNICOTT, D. W. **A preocupação materna primária**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2000.

ZEN, E. T.; MOTTA, S. P. P. Intervenções precoces com recém-nascidos de risco. In: D. B. Wanderley (org). **O cravo e a rosa – A Psicanálise e a Pediatria - um diálogo possível?**. Salvador: Ágalma, 2008. pp. 101-123.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Título do projeto: A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof.^a. Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Psicologia.

Telefone para contato: (55) 98130-3351 ou (55) 99610-5793.

Endereço: Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74B, sala 3206A, Camobi, Santa Maria/RS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, professora Caroline Rubin Rossato Pereira, responsável pela pesquisa “A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal”, o convido para participar como voluntário(a) deste estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a experiência de mães e pais que vivenciaram a internação de um filho em uma UTI Neonatal em decorrência da prematuridade. Ou seja, buscamos conhecer suas experiências relacionadas à internação neonatal de seu filho. Acreditamos que a sua participação será importante pois nos auxiliará a compreender experiências de pais e mães que, assim como você, vivenciam a internação de um filho em UTI Neonatal, o que contribuirá com um entendimento científico na área da psicologia.

Sua participação na pesquisa se dará da seguinte forma: Inicialmente, você responderá a um questionário de dados sociodemográficos, que busca obter dados gerais sobre você, como idade, escolaridade, profissão, bem como, sobre seu filho, como tempo de internação em UTI Neonatal, idade, e sobre suas relações familiares, como estado civil, pessoas com quem mora, dentre outras questões, que tem por objetivo conhecer você e sua família. Posteriormente, responderá a uma *entrevista* sobre aspectos da experiência da parentalidade vivida durante a

internação do recém-nascido, bem como aspectos direcionados a volta para a casa após o período de internação, que tem como objetivo compreender a experiência da parentalidade de mães e pais que vivenciaram a internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal devido à prematuridade. Sua participação será realizada de forma online, a partir do aplicativo de videoconferência Skype. Nossa conversa será gravada em áudio para, posteriormente ser transcrita, de forma a preservar, com fidelidade, o que foi respondido por você às questões.

Esse estudo é considerado de riscos mínimos. Destaca-se, ainda que aos participantes desta pesquisa referem-se ao surgimento de desconforto por relatarem lembranças de situações de suas vidas ao falarem sobre as mesmas. Caso observe-se a mobilização de angústias e sofrimento psíquico em decorrência da participação na pesquisa, as pesquisadoras poderão encaminhar os participantes para acolhimento/atendimento psicológico gratuito, oferecido pelo Projeto de Extensão “Enlaces – Estudos e Intervenções em Terapia Familiar e de Casal” (nº 04136 - CCSH/UFSM). Esse projeto é vinculado ao Núcleo de Estudos Famílias e suas Relações (NEFRE), grupo que as pesquisadoras compõem. Os atendimentos ocorrem junto à Clínica de Psicologia do Curso de Psicologia da UFSM, que fica localizada no Prédio 74B, na Avenida Roraima, nº 1000, bairro Camobi, Santa Maria – RS.

Por outro lado, considera-se que essa pesquisa pode oferecer benefícios aos participantes, visto que, a partir das entrevistas, os participantes poderão elaborar suas vivências através da fala e de uma escuta sensível e livre de julgamentos. Ademais, acredita-se que os resultados desse estudo serão relevantes na construção de conhecimento sobre a temática em questão, o que poderá resultar em benefícios para outras famílias que venham a passar pela mesma situação, bem como, poderá fornecer subsídios que apoiarão profissionais de saúde e outros pesquisadores no contexto estudado, oferecendo novos saberes para uma atuação mais centrada na saúde e bem-estar.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com alguma das pesquisadoras através dos números acima informados, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis

pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens. As informações coletadas a partir deste estudo serão arquivadas, por um período de cinco anos, na Universidade Federal de Santa Maria, no seguinte endereço: Avenida Roraima, nº 1000, UFSM, Centro de Ciências Sociais e Humanas, prédio 74B, sala 3206A, Bairro Camobi, Santa Maria/RS. Após este prazo, todas as informações coletadas serão descartadas. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foime entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Título do projeto: A experiência da parentalidade de um bebê com internação em UTI Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dra. Caroline Rubin Rossato Pereira.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Psicologia.

Telefone para contato: (55) 98130-3351 ou (55) 99610-5793.

Endereço: Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74B, sala 3206A, Camobi, Santa Maria/RS.

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

As responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados das participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de um Questionário de Dados Sociodemográficos e de uma Entrevista, os quais serão respondidos pelos participantes de forma online.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizada na Avenida Roraima, nº 1000, Centro de Ciências Sociais e Humanas, prédio 74B, sala 3206A, Bairro Camobi, Santa Maria/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^ª Pesquisadora Caroline Rubin Rossato Pereira. Após este período, os dados serão descartados.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,dede 20.....

.....
Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data da entrevista: ____/____/____

Nome da mãe: _____ Idade:_____.

Nome do pai: _____ Idade:_____.

Nome/idade do filho(a):_____.

Idade gestacional ao nascer:_____.

Outros filhos (as): _____.

Escolaridade: () Não escolarizado () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-Graduação;

Formação:_____.

Profissão/ocupação da mãe:

Profissão/ocupação do pai:

Carga horária de trabalho participante:

Salário/renda: () Até um salário mínimo; () Entre dois a quatro salários mínimos; () Entre quatro a seis salários mínimos; () Mais de seis salários mínimos;

Religião:

Estado Civil:

Grupo Étnico: () Branco () Preto () Pardo () Outro:_____.

Telefone para contato:_____.

E-mail para contato:_____.

Quem você considera parte de sua família?

Nome	Idade	Parentesco/ Relação	Reside junto
			() Sim () Não

Quem reside com você (coabitação)?

Nome	Idade	Parentesco	Tempo de coabitação

APÊNDICE D – ENTREVISTA MATERNIDADE EM CONTEXTO DE UTIN

Eu gostaria que você me contasse um pouco da história do(a) (nome da criança), desde que você soube da gravidez.

- 1) Como foi quando ficou sabendo da gravidez?
- 2) Como as pessoas ao seu redor receberam a notícia da gravidez? (nome do companheiro (a), sua família, amigos...)
- 3) Como foi a gestação?
 - a) Houve acompanhamento médico durante a gestação?
 - b) Onde?
 - c) Manteve esse acompanhamento?
 - d) Foi necessário ter cuidados específicos durante a gestação?

Além disso, gostaria que me contasse um pouco a respeito do parto do(a)(nome da criança)

- 4) Em que momento você percebeu/entendeu que o(a) (nome da criança) nasceria antes do previsto?
 - a) De que forma isso aconteceu?
 - b) Como você se sentiu?
 - 5) O que você lembra do momento do parto?
 - a) Onde aconteceu? (procedimentos após o parto, contato pai/mãe-bebê)
 - b) Alguém te acompanhou?
 - c) Lembra quais eram os seus sentimentos?
(quanto tempo ficou com o bebê, pôde vê-lo e/ou tocá-lo)
 - 6) Quais são seus sentimentos e sensações quando se recorda desse período de gestação e do parto?
 - 7) Como você recebeu a notícia de que o(a) (nome da criança) iria para a UTI?
 - a) Quando isso aconteceu?
 - b) Como você se sentiu, o que passou pela sua cabeça naquele momento?
- Eu gostaria que você me contasse sobre a primeira vez que você viu o(a)
(nome da criança) na UTIN**
- 8) Quanto tempo após o nascimento ocorreu esse encontro?
 - a) Como foi esse encontro (quanto tempo ficou com o bebê, onde, pode tocá-lo)?

b) Como você se sentiu?

c) O que mais lhe chamou atenção ao olhar para o(a) (nome da criança)? (aparência, peso, aparelhos...)

9) Antes disso, você teve informações sobre o(a) (nome da criança)?

Gostaria que me contasse um pouco sobre a sua saída do hospital

10) Quanto tempo você (mãe) permaneceu em internação?

11) Como foi o retorno para casa sem o(a)....(nome da criança)

Gostaria que me contasse sobre como foi o tempo que o(a) nome do filho(a) permaneceu internado na UTIN

12) Quanto tempo o(a)..... (nome da criança) permaneceu no hospital?

13) Pensando hoje nesse período da vida de vocês, como você o descreveria?

14) Qual foi o maior desafio, preocupação no período que o(a)..... (nome da criança) estava na UTIN?

15) No período de internação do(a)(nome da criança), você pôde contar com alguém? De que forma?

16) Como era a sua rotina e a do(a)(nome da criança) nas primeiras semanas de vida dele(a)?

17) Como era a sua relação com o(a).....(nome da criança)?

18) Que tipo de contato você conseguia ter com o(a).....(nome da criança)? (frequência de visitas, informações sobre o bebê, ...)

19) Durante os momentos que vocês conseguiam estar juntos, o que vocês faziam?

20) Você teve oportunidade de participar dos cuidados do(a).....(nome da criança)?

b) Como isso acontecia?

c) A equipe estimulava essa participação?

21) Você conseguia tocar no(a).....(nome da criança)?

a) Se sim, como você se sentia?

22) Você conversava com o(a).....(nome da criança)? (ex brincava, interagia, correspondia aos chamamentos do bebê)

23) Foi possível amamentar o(a)o(a).....(nome da criança), (peito ou mamadeira)?

a) Como era esse momento?

24) Você se sentia próxima(o) do(a).....(nome da criança)?

a) Sentia que o conhecia?

b) Reconhecia suas reações? (incômodo, fome, sono, ...)

25) Quando foi que você se percebeu como mãe/pai do(a).....(nome da criança)?

26) Você poderia me contar um momento marcante vivido com o seu filho(a) no período de internação?

Nesse momento, gostaria que me contasse um pouco como foi a saída do(a).... do hospital, e como vocês estão agora.

27) Como foi, para você, as primeiras semanas do(a).....(nome da criança) em casa?

a) Quais foram maiores dificuldades, preocupações?

b) Como foi cuidar do(a).....(nome da criança). sem ajuda de profissionais?

c) Como você se sentia?

d) Por exemplo, quando o(a).....(nome da criança) chorava, você costumava saber o que ele queria/o que fazer?

28) Como você descreveria o(a).....(filho)?

29) Hoje, como você percebe a sua relação com o(a).....(nome da criança)?

30) Como você se descreveria (se sente) no papel de mãe/pai?

31) Atualmente, o que diria que faz você se sentir mãe/pai?

32) Quais foram suas maiores realizações como mãe/pai?

33) Você poderia me contar um momento marcante vivido com o seu filho(a)?

34) Qual o maior desafio da maternidade/paternidade para você?

a) Quais são os momentos que você identifica ter mais dificuldade em ser mãe/pai do(a).....(nome da criança)?

35) Você já comentou com seu filho sobre o período em que ele ficou no hospital?

a) O que o(a).....(nome da criança) sabe sobre esse período?

36) Você acredita que exista diferenças no seu modo de ser como mãe/pai pelo fato do(a).....(nome da criança) ter ficado internado em uma UTIN?

a) Quais diferenças você percebe? (ex é mais cuidadosa, protege mais...)

37) Você acredita que exista diferenças na sua relação com o(a).....(nome da criança) ou na vida de vocês pelo fato dele(a) ter ficado internado em uma UTIN?

38) Você conseguiu conversar sobre esse período da vida de vocês com alguém?

a) Qual a importância disso para você?

39) Você gostaria de acrescentar algo ao que nós conversamos?