

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

LÍGIA BARBOZA MOREIRA-SANTOS

**Esperança materna primária: histórias de mães de UTI Neonatal no contexto da
prematuridade**

SÃO PAULO

2022

LÍGIA BARBOZA MOREIRA-SANTOS

**Esperança materna primária: histórias de mães de UTI Neonatal no contexto da
prematuridade**

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação Biblioteca
Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Barboza Moreira Santos, Lígia

Esperança materna primária: histórias de mães de UTI Neonatal no contexto da prematuridade / Lígia Barboza Moreira Santos; orientadora Ivonise Fernandes da Motta. -- São Paulo, 2022.

105 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. prematuridade. 2. mãe. 3. Winnicott. 4. esperança. I. Fernandes da Motta, Ivonise, orient. II. Título.

Nome: MOREIRA-SANTOS, Lígia Barboza

Título: Esperança materna primária: histórias de mães de UTI Neonatal no contexto da prematuridade

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*A meu breve, visceral e eterno amor, Henry.
As sementes de amor que você trouxe,
as lembranças da beleza da sua existência
e as transformações pela delicadeza do seu toque
sempre serão maiores que a tristeza por seu voo
de volta aos céus,
onde te reencontrarei.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo sopro misterioso de vida, amor e desejo pelo conhecer;

A minha mãe, exemplo de resiliência, que me alfabetizou nas letras e nos afetos, agradeço o colo que me amparou, ampara e incentiva a conhecer o mundo (de dentro e de fora);

A meu marido Tiago, que me levou até o IP-USP e literalmente me mostrou que o mestrado era possível. Agradeço pelos dias que amanhecemos na estrada rumo à cidade universitária e o amor quase palpável que demonstra cotidianamente;

À Profa. Ivonise pela orientação e ensinamentos da obra de D.W Winnicott e sobre a vida; e a meus colegas do LAPECRI Carol, Pedro, Cláudia, Veridiana, Flávia, Débora e Samara - pelas segundas-feiras de discussões e leitura dos trabalhos;

À gerente do setor de Reabilitação do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, Dani Merkle, por me incentivar e possibilitar condições para que eu me dedicasse a essa pesquisa; também, às equipes de Reabilitação e da UTI Neonatal que me ensinam diariamente, além de me oferecerem companheirismo e amizade;

A minhas amigas de longa data que sonharam esse projeto comigo, especialmente, à Lais que abriu sua casa para me receber em minhas idas para São Paulo; a minha terapeuta Fátima, que sustentou minha esperança e afastou meus fantasmas; a minha avó, tias e primos, com quem aprendi a encontrar motivos para sorrir mesmo em meio aos dias difíceis;

Finalmente, a minhas queridas “mães de UTI Neo” e seus filhos, que a cada encontro me modificavam e preenchiam de esperança. Sou grata por ter podido fazer parte da história das mães de UTI Neonatal.

“Nunca será demais estudar em profundidade a questão das relações entre a criança e a mãe”
(Winnicott, 1940/2012 pp. 11).

RESUMO

Moreira-Santos, Lígia Barboza. Esperança materna primária: histórias de mães de UTI Neonatal no contexto da prematuridade. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

O avanço tecnológico da medicina permitiu que bebês ainda imaturos sobrevivessem fora do ambiente uterino. Porém, os equipamentos e procedimentos médicos empregados no suporte à vida neonatal acabam por restringir o cuidado oferecido pela mãe ao seu bebê, aspecto importante para o desenvolvimento psíquico do recém-nascido. Sobre a díade mãe-bebê, o pediatra e psicanalista Winnicott estabelece que a mãe desenvolve uma identificação com o filho, por meio da qual, ela percebe e antecipa as necessidades dele. Em meio ao impactante ambiente intensivista neonatal e ao estado materno pós-parto, a mãe enfrenta o desafio singular de encarar a fragilidade de seu bebê prematuro. Tal contexto exige que a mãe acesse seus recursos internos provindos de cuidados ambientais anteriores para acreditar que ela e seu bebê poderão superar essas condições adversas, confiando em seu potencial de vida. Dessa maneira, o presente estudo objetivou investigar por meio de relatos de um diário de UTI Neonatal condições relacionadas à esperança em mães de prematuros. Portanto, foi realizada uma análise de conteúdo e foram identificadas quatro categorias: Como nasce uma mãe de UTI Neonatal, o contexto adverso onde nasce a esperança; O apoio recebido, o encontro humano na sustentação da esperança; Fé, a esperança presente na religiosidade/espiritualidade; Expectativas positivas, a marca da esperança. Assim, encontrou-se que as mães de bebês prematuros, as quais podem apresentar traços de preocupação materna primária, enfrentaram uma situação intensa de ruptura dessa relação primordial, porém, com o amplo apoio de pessoas no ambiente hospitalar e com a crença em um cuidado divino, sonharam um futuro de restauração do vínculo com o filho após a alta hospitalar, quando poderiam viver plenamente a maternidade. Tal perspectiva permite condições essenciais para a saúde: um caminhar esperançoso para lidar com percalços dessa experiência de risco de vida; a integração das experiências no tempo; e a manutenção da identificação com o bebê, que, durante a internação, implica em assumir a denominação “mãe de UTI Neonatal”.

Palavras-chave: prematuridade, mãe, Winnicott, esperança

ABSTRACT

Moreira-Santos, Lígia Barboza. Hope maternal preoccupation: NICU Mom's stories in the context of prematurity. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

Technological advances in medicine have allowed premature babies to survive outside the womb. However, the medical equipment and procedures used to support neonatal life end up restricting the care offered by the mother to her baby, an important aspect for the psychic development of the newborn. Regarding the mother-baby dyad, the pediatrician and psychoanalyst Winnicott establishes that the mother develops an identification with the child, through which she perceives and anticipates his needs. In the neonatal intensive care environment, the mother, who is in postpartum maternal state, faces the unique challenge of dealing with the fragility of her premature baby. Such context requires the mother to access her internal resources from previous environmental care to believe that she and her baby will be able to overcome these adverse conditions, trusting in their life potential. Thus, the present study aimed to investigate conditions related to hope of mothers of preterm infants through reports from a Neonatal ICU journal. Therefore, a content analysis was performed, and four categories were identified: How a Neonatal ICU mother is born, the adverse context in which hope is born; The support received, the human encounter in sustaining hope; Faith, the hope present in religiosity/spirituality; Positive perspective, the mark of hope. Thus, it was found that mothers of premature babies, who may present primary maternal concern, faced an intense situation of rupture of this primordial relationship, however, with the broad support of people in the hospital environment and with the belief in a divine intervention, they were able to dream about a future of restoring the bond with their child after hospital discharge, when they could fully experience motherhood. Such perspective allows essential conditions for health: a hopeful outlook on how to deal with mishaps of this life-threatening experience; integration of these experiences over the time; and maintenance of identification with the baby during hospitalization, which means considering herself a "NICU Mom".

Keywords: prematurity, mother, Winnicott, hope

RESUMEN

Moreira-Santos, Lígia Barboza. Esperanza materna primaria: historias de madres de UTI Neonatal en el contexto de la prematuridad. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

Los avances tecnológicos en medicina han permitido que los bebés aún inmaduros sobrevivan fuera del entorno uterino. Sin embargo, los equipos y procedimientos médicos utilizados para el soporte de la vida neonatal terminan restringiendo los cuidados que la madre ofrece a su bebé, aspecto importante para el desarrollo psíquico del recién nacido. A respecto de la díada madre-bebé, el pediatra y psicoanalista Winnicott establece que la madre desarrolla una identificación con el niño, a través de la cual percibe y anticipa sus necesidades. En medio del impactante ambiente de cuidados intensivos neonatales y el estado materno posparto, la madre enfrenta el desafío único de enfrentar la fragilidad de su bebé prematuro. Tal contexto requiere que la madre acceda a sus recursos internos del cuidado ambiental previo para creer que ella y su bebé podrán superar estas condiciones adversas, confiando en su potencial de vida. Así, el presente estudio tuvo como objetivo investigar las condiciones relacionadas con la esperanza en madres de prematuros a través de relatos en un diario de UTI Neonatal. Por lo tanto, se realizó un análisis de contenido y se identificaron cuatro categorías: Cómo nace una madre en una UTI Neonatal, el contexto adverso donde nace la esperanza; El apoyo recibido, el encuentro humano en el sostenimiento de la esperanza; Fe, esperanza presente en la religiosidad/espiritualidad; Perspectiva positiva, la marca de la esperanza. Así, se constató que las madres de bebés prematuros, que pueden tener huellas de preocupación materna primaria, enfrentaban una intensa situación de ruptura de esta relación primordial, sin embargo, con el amplio apoyo de las personas en el ambiente hospitalario y con la creencia en divinidad, soñaba con un futuro de restablecer el vínculo con su hijo, después del alta, cuando pudieran vivir plenamente la maternidad. Tal perspectiva permite condiciones esenciales para la salud: un camino esperanzador para enfrentar los percances de esta experiencia que amenaza la vida; la integración de las experiencias en el tiempo; y manutención de la identificación con el bebé, lo que, durante la hospitalización, implica asumir el nombre de “Madre de la UTI Neonatal”.

Palabras clave: prematuridad, madre, Winnicott, esperanza

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	12
2	INTRODUÇÃO.....	14
	2.1 O contexto da prematuridade.....	19
	2.2 Relação mãe- bebê inicial	23
	2.3 Preocupação materna primária.....	27
	2.4 <i>Esperança materna primária</i> e a mãe prematura.....	30
3	OBJETIVO.....	33
4	MÉTODO.....	34
	4.1 Aspectos Éticos.....	34
	4.2 Material.....	35
	4.3 Procedimento.....	36
	4.4 Análise de Resultados.....	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
	5.1 Como nasce uma mãe de UTI Neonatal, o contexto adverso onde nasce a esperança.....	40
	5.2 O apoio recebido, o encontro humano na sustentação da esperança.....	48
	5.3 Fé, a esperança presente na religiosidade/espiritualidade.....	55
	5.4 Expectativas positivas, a marca da esperança.....	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66
	ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética do IPUSP	74
	ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética do Hospital Municipal “Dr. José de Carvalho Florence	78
	ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
	ANEXO D- Relatos na íntegra	90

1 APRESENTAÇÃO

O interesse por estudar a relação entre mãe e bebê no caso da prematuridade surgiu durante minha atuação como psicóloga da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, em São José dos Campos. Antes de ingressar na unidade, meus estudos já estavam focalizados na Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott. Ao me deparar com aquele intenso e delicado contexto, nasceu em mim um trabalho interno para melhor compreender e, assim, intervir para o fortalecimento da relação primordial mãe-bebê, que ali parecia cheia de invasões.

À medida que me aproximava em pequenas doses do universo da UTI Neonatal, em minhas intervenções, acompanhando as rotinas da unidade e os desafios biológicos os quais aqueles pequenos bebês enfrentavam, fui tecendo o que me ajudou a construir esse trabalho. Nos atendimentos individuais que aconteciam principalmente com as mães, pude perceber como, apesar da fragilidade do quadro clínico de seus filhos prematuros, algumas delas tinham disponibilidade psíquica tanto para se identificarem com a vulnerabilidade e as necessidades de seus bebês, quanto para se preservarem amadurecidas e suportarem todo o cansaço de permanecer muitas horas na unidade, que conta apenas com poltronas e cadeiras ao lado das incubadoras.

Além disso, no grupo terapêutico que realizava uma vez por semana com as mães, pude observar que, apesar da resistência inicial delas em participar da reunião, a identificação e o ambiente de acolhimento do grupo propiciavam o compartilhar de experiências e sentimentos, em que uma ia acolhendo a outra. Em alguns momentos, as mães se apoiavam mesmo fora do grupo, de forma natural, nos horários nos quais elas se dirigiam ao refeitório, criando, assim, laços entre elas.

O *Diário de pais de uma UTI Neonatal* foi uma proposta anterior a minha chegada no setor, consiste em um caderno que fica sempre disponível na unidade onde as mães podem deixar seus relatos e ler os que foram escritos. Quando iniciei minha atuação na unidade, esse diário tinha apenas um relato. No entanto, reconheci ali um ótimo instrumento terapêutico, tanto para quem escreveria quanto para quem poderia ler. Dessa maneira, fui apresentando o caderno às mães que atendia e elas foram deixando suas histórias. Para mim, aquele demonstrou ser um recorte claro da população que eu acompanhava.

Ao ingressar no laboratório LAPECRI (Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade em Diferentes Abordagens Psicoterápicas), liderado pela professora Ivonise, me deparei com a questão da esperança na perspectiva da

teoria de Winnicott, tema abordado pela professora em sua tese de livre-docência, que me trouxe outras inquietações pensando no ambiente que eu atuava profissionalmente. Isso porque no caderno, no recorte da minha população alvo, o que eu via eram relatos de esperança, escritos de pessoas que conseguiram encontrar resultados positivos, mesmo em condições adversas e tão frágeis. Em contrapartida, a esperança é uma questão delicada na UTI Neonatal, pois a equipe hospitalar considera os riscos de vida ou sequelas da prematuridade e teme que a esperança possa impedir que as famílias se preparem para desfechos desfavoráveis. Contudo, como nesse contexto não considerar a importância de acreditar em resultados positivos para continuar enfrentando o dia a dia em uma UTI Neonatal? Como tirar essa capacidade de mães que precisam se identificar e acreditar em seus filhos para que eles amadureçam e sobrevivam? Além disso, será que todo investimento da equipe hospitalar em um bebê frágil e imaturo não seria devido à esperança de que ele sobreviva?

Assim nasceu minha questão de trazer luz sobre as condições relacionadas à esperança e sua importância em mães no contexto da prematuridade, utilizando para isso um material produzido por essas mães, endereçado a outras na mesma situação: *O Diário de pais de uma UTI Neonatal*.

2 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico da medicina propiciou que bebês nascidos ainda imaturos para viver fora do ambiente uterino sobrevivessem. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) define o bebê prematuro como aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação e estima que nascem cerca de 15 milhões de prematuros a cada ano, o que seria mais de um em cada 10 nascidos vivos. O documento *Born To Soon* (OMS, 2012), relatório de ação global para a prematuridade, conclui que essa taxa vem aumentando e o Brasil está entre os dez países com maior número de prematuros. Isso é preocupante em termos de saúde pública, pois a prematuridade nos últimos anos foi a maior causa de morte nos primeiros cinco anos de vida no mundo, sem distinção de classe social. Santos (2018), analisando dados do Brasil de 2007 a 2016, concluiu que houve um aumento significativo da taxa de prematuridade em todo o país.

Levando em consideração que não há separação entre o corpo e o psíquico, o nascimento pré-termo coloca em vulnerabilidade a constituição psíquica do sujeito que nasceu imaturo, situação agravada pela necessidade de cuidados mais invasivos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal (Vasconcellos, 2019). Dadas as intervenções necessárias para a manutenção da vida e a privação de contato com a mãe em um período crucial, o ambiente de UTI neonatal é potencialmente traumático (Morsch, & Braga, 2007).

A relação mãe-bebê é central na teoria do amadurecimento emocional desenvolvida por D. W. Winnicott. O pediatra e psicanalista é conhecido por tirar o enfoque da análise psicológica do triângulo edípico para o bebê no colo da mãe. Ele salientou que a base para a saúde mental é dada pela mãe desde a concepção (1952/2000). A partir dessa relação, seria constituído o psiquismo do bebê, seu mundo interno, seu interior e seu *self* (Silva, 2016).

No entanto, no caso da prematuridade, muitas vezes os pais não tiveram tempo de se preparar psiquicamente para a chegada do filho e da maternidade/paternidade, como ressaltam Morsch e Braga (2007). Isso porque, enquanto o bebê é gerado no útero, os pais passam por mobilizações psíquicas necessárias para assumirem os papéis de pai e mãe. Tal mudança perpassa diversas áreas da vida do casal, processos individuais e do sistema familiar, desde a conjugalidade a questões mais práticas como orçamento e rotina de trabalho.

O nascimento prematuro traz para a mãe várias questões a serem elaboradas: o parto muitas vezes traumático, o bebê imaginado muito distante do real, a separação do filho, a internação e o risco de morte do recém-nascido (Marciano, 2017). Ainda nesse contexto, para que haja o desenvolvimento psíquico do bebê, é esperado que a mãe se identifique com ele,

que nesse caso, implicaria também em identificar-se com sua fragilidade. Portanto, a fim de que a mãe possa prover condições para o desenvolvimento psíquico do filho, suportando essas condições adversas, é importante que ela tenha esperança.

Motta (2018) considera que a esperança seria a capacidade de erigir uma vida singular que tem valor de ser vivida mesmo diante das inevitáveis adversidades da condição humana. A autora ainda destaca que a capacidade para ter esperança seria fruto de bons cuidados recebidos desde a mais terna infância, os quais oferecem ao sujeito a experiência ilusória de que seria possível criar o mundo. Com tal alicerce, seria possível suportar em melhores condições a realidade com seus percalços.

A esperança seria importante para que a mãe enfrentasse a dura realidade hospitalar, de modo que sustentasse o lugar de sujeito do filho, confiasse na tendência dele ao amadurecimento e promovesse as condições para que ele se desenvolvesse. Além disso, dada a condição de identificação proporcionada pela preocupação materna primária, esse estado que Winnicott compara com loucura, acreditar em seu potencial gerador de vida, ou seja, ter esperança, poderia implicar também em acreditar no potencial do filho.

Considerando essa temática, foi realizada uma busca nos bancos de dados, APA PsycNet, LILACS, Pepsic, BVS Saúde e Scielo, utilizando os descritores em português, mãe (AND) esperança (AND) prematuro (OR) pré-termo (OR) UTI Neonatal; e em inglês, mother (AND) hope (AND) premature (OR) preterm (OR) Intensive Care Unit. A busca abarcou pesquisas publicadas nos últimos cinco anos, abaixo segue sua descrição.

Os estudos encontrados totalizaram dezoito, sendo dois em português e dezesseis em inglês. Com relação aos últimos, observou-se que apenas quatro utilizavam o termo “*hope*” com significado do construto esperança relacionado às mães de prematuros. Nos outros o termo indicava esperar algum resultado para a pesquisa ou a partir dela ter algum efeito, por exemplo possibilitar melhores intervenções hospitalares. Esses eram estudos sobre condições médicas relacionadas a mãe, como aparecimento de tumores (Lavi et al., 2018), doença renal pré-existente (Wei, Wang, Yao, Zhou & Fu, 2019), prematuridade de gemelares com datas diferentes de nascimento (McDonnell & Martin, 2020), fisiologia do parto prematuro (Miller, Gershater, Slutsky, Romero & Gomez-Lopez, 2020) e procedimentos relacionados à cesariana (Chu et al., 2017). Além desses, quatro estudos utilizavam “H-HOPE”, se referindo ao nome de um programa que enfoca a transição da hospitalização à alta para casa de bebês prematuros (Arianas, Rankin, Norr, & White-Traut, 2017; Vonderheid, Park, Rankin, Norr, & White-Traut, 2020; Vonderheid et al., 2016; White-Traut et al., 2018); e dois estudos encontrados a

partir dos descritores mother (AND) hope (AND) Intensive Care Unit não tinham nenhuma ligação com a maternidade e bebês prematuros (Beinum, Talbot, Hornby, Fortin, & Dhanani, 2019; Tian, Wang, & Deng, 2018) .

A seguir serão apresentadas as principais contribuições dos estudos acerca da esperança de mães de bebês prematuros internados em UTI Neonatal. Além disso, serão destacadas características importantes dos referidos trabalhos.

Os artigos nacionais eram ambos escritos por enfermeiras e publicados em revista desta área de atuação. Um deles era uma revisão integrativa sobre vivências de familiares de prematuros hospitalizados (Silva, Menezes, Cardoso, & França, 2016). Nesse estudo, as pesquisadoras realizaram uma busca no banco de dados BVS investigando como é enfrentada pelos pais a hospitalização dos filhos e sistematizaram os artigos encontrados do período de 2005 a 2013. É importante ressaltar que seus achados também estavam majoritariamente nos periódicos de enfermagem. As autoras agruparam três categorias de temas recorrentes, uma delas foi “sentimentos relacionados ao nascimento prematuro” e como subcategorias desse item: “tristeza e angústia”; “culpa”; “medo”; “esperança, fé e alegria”. Segundo o estudo, os sentimentos positivos apareceriam nos pais após algum tempo de interação. Nesse estudo, a esperança foi relacionada com a expressão em uma crença religiosa e trazida como fruto de algo externo, da confiança na equipe da UTI Neonatal, da melhora do quadro clínico e da possibilidade de participar dos cuidados com o filho.

O outro artigo brasileiro é um estudo qualitativo descritivo sobre as percepções de pais de recém-nascidos frente o exercício da maternidade/paternidade de prematuros hospitalizados (Frigo et al., 2015). A partir da análise de conteúdo de entrevistas, as autoras chegaram a categorias, dentre as quais estava a esperança dos pais em relação à alta hospitalar, a qual elas relacionaram com um ideal de que os filhos sairiam saudáveis da internação. Além disso, as autoras destacaram a religião dos participantes e discutiram a religiosidade como fonte importante para a esperança.

Com relação aos quatro artigos internacionais, um grupo de pesquisa norueguês fez uma revisão integrativa sobre a experiência da mulher que sofreu pré-eclâmpsia, condição que em muitos casos leva à necessidade do nascimento prematuro do bebê (Værland, Vevatne, & Brinchmann, 2016). As autoras destacam o medo da morte como sentimento comum às mães devido à gravidade do quadro delas, o que também reflete no temor pela vida do filho. Além disso, o termo prematuridade estaria fortemente associado à palavra morte, porém, conforme o tempo passava e o recém-nascido evoluía, as mães começavam a associar a UTI Neonatal à

vida e a um lugar onde a interrompida gestação continuaria, onde o bebê podia ser protegido e cuidado. Nesse sentido, as autoras concluem que a trajetória das mães nesse contexto é uma passagem dos sentimentos de medo à esperança.

Um estudo americano investigou a percepção de mães sobre as experiências de nascimento e hospitalização de bebês prematuros que nasceram com muito baixo peso. Nele, foi destacado o que facilitou ou prejudicou o desenvolvimento da maternidade no contexto de UTI Neonatal (Rossman, Greene & Meier, 2015). Na análise de dados, as pesquisadoras chegaram a quatro temas: “perda, estresse, ansiedade”; “adaptação”; “resiliência”; “apoio de pares” e “Eu sou uma mãe de UTI Neo”. Conclui-se que o apoio entre pares pode ajudar as mães em diferentes fases da internação, desde, inicialmente, lhes proporcionar esperança e ajudar a formar a identidade como mãe de UTI Neo, a, posteriormente, oferecer informações sobre a alta hospitalar. O estudo foi finalizado com recomendações para as enfermeiras atuarem nesse contexto levando em consideração os aspectos emocionais das mães.

Os outros dois artigos abordaram a questão do aleitamento materno. Um deles, estudo finlandês, objetivou descrever as experiências das mães em relação ao aleitamento materno de bebês prematuros ou com baixo peso ao nascimento que ficaram internados em UTI Neonatal (Ikonen, Paavilainen, & Kaunonen, 2016). O artigo destacou a fase do aleitamento na qual a mãe ainda não pode amamentar diretamente no seio, mas tem a possibilidade de ordenhar o leite para que seja oferecido ao bebê através da sonda. Uma vez que o aleitamento materno traz benefícios conhecidos como o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, o estudo enfatiza a importância da esperança e de um ambiente de cuidado com as necessidades emocionais apesar das dificuldades nesse período.

A questão do aleitamento materno também foi abordada por um estudo americano, que enfocou a amamentação de prematuros tardios, aqueles nascidos entre a 34ª e 37ª semana de gestação (Demirci, Happ, Bogen, Albrecht, & Cohen, 2015). As autoras consideram que não é um evento puramente biológico e se debruçam sobre a questão, identificando processos pelos quais a mãe passa durante o estabelecimento da amamentação. Como uma das categorias as autoras indicaram “questionando o valor *versus* mantendo a esperança”. Nesse sentido, foi indicado que, embora haja dificuldades características da amamentação nessa população, como a diminuição da produção de leite, em alguns momentos, as mães se mostraram esperançosas em relação à possibilidade de conseguirem manter a amamentação.

Os estudos encontrados demonstram que o tema esperança, embora não seja aprofundado, aparece quando analisadas as experiências maternas relacionadas à

prematuridade, parto emergencial, risco de vida, hospitalização do recém-nascido e aleitamento materno. Além disso, os artigos destacam a importância do suporte emocional para que as mães consigam superar as dificuldades. Ainda é necessário destacar que a maioria dos estudos estava voltado para área da enfermagem, o que é importante no sentido de buscar a humanização do cuidado hospitalar. Todavia, pesquisas em psicologia nessa temática poderiam aprofundar os aspectos do desenvolvimento psíquicos e destacar a importância da esperança nesse contexto cheio de percalços para a díade mãe-bebê.

2.1 O contexto da prematuridade

*“Não há nada em lugar nenhum
Que vá crescer sem você chegar
Longe de ti tudo parou
Ninguém sabe o que eu sofri”
(Djavan, 1989)*

A OMS (2012) define o bebê prematuro como aquele que nasce antes das 37 semanas gestacionais, sendo que há subcategorias: prematuro extremo, nascido antes das 28 semanas; muito prematuro, nascido entre 28 e 32 semanas; e prematuro moderado, nascido entre 32 e 37 semanas de gestação, sendo os nascidos entre 34 e 37 semanas também considerados como prematuros tardios. As subcategorias são importantes, pois quanto maior a imaturidade fisiológica mais altos os índices de mortalidade e repercussões para além do período neonatal. Estudos apontam que crianças nascidas prematuras podem sofrer de problemas de saúde como paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento intelectual, doenças pulmonares crônicas e perda de visão e audição (OMS, 2012; OMS, 2018).

A prematuridade acontece por diversas razões, porém em alguns casos não é possível descobrir a causa. A literatura aponta alguns fatores que podem estar associados à condição, dentre os clínicos estão: síndromes hipertensivas da gravidez, infecções, diabetes, ruptura precoce de membranas gestacionais, gravidez múltipla, cesariana e acompanhamento pré-natal insuficiente. Em relação ao perfil sociodemográfico das mães de prematuros destacam-se: a idade menor que dezoito ou maior que trinta e cinco anos, a mãe ser solteira, possuir baixa escolaridade, e ter feito uso de drogas lícitas e ilícitas (Almeida, Jesus, Lima, & Araújo, 2012; Penha, Rebouças, Meireles, Carioca, Pinto & Carvalho, 2019; Gomes, Soares, Silva, Ferreira, Silva, Sales & Sousa, 2020). Assim, em alguns casos, mãe e bebê já se encontravam em situação de risco ou sofrimento e, dependendo da gravidade do quadro, a puérpera também pode necessitar de cuidados de UTI, o que atrasa ainda mais o contato mãe-bebê após o parto.

O nascimento prematuro significa uma interrupção no desenvolvimento intrauterino, fazendo com que o bebê tenha o desafio de amadurecer fora daquele ambiente ideal para sua maturação, o que acarreta diversos riscos durante o período no qual ele estiver internado e ao longo de seu desenvolvimento. Os riscos mais comuns são: aspirar o leite ao se alimentar, devido à dificuldade de coordenar a sucção e deglutição, uma vez que essa capacidade é desenvolvida na 34ª semana de gestação; infecções severas com maior chance de mortalidade

(a maioria dos bebês que não sobrevivem a infecções neonatais são prematuros); desenvolvimento de síndrome de desconforto respiratório devido à imaturidade pulmonar e falta de surfactante nos alvéolos (grande parte dos bebês nascidos com 32 semanas ou menos desenvolve essa síndrome); icterícia (prematuros tem mais dificuldade de metabolizar a bilirrubina devido a imaturidade do fígado); dano cerebral, sendo o mais comum devido à hemorragia intraventricular, que pode ocorrer nos primeiros dias após o nascimento; enterocolite necrozante, uma condição que pode acometer recém-nascidos muito prematuros; retinopatia da prematuridade devido à proliferação anormal dos vasos sanguíneos ao redor da retina do olho (que é mais grave se o bebê receber níveis muito altos de oxigênio); e anemia da prematuridade, devido ao atraso na produção de glóbulos vermelhos pela medula óssea imatura (OMS, 2012; Ost, Jesus, Israel, & de Souza, 2020).

Diante desse quadro, os recém-nascidos podem ser expostos a vários procedimentos invasivos como entubação, alimentação por sonda, aspiração endotraqueal, coleta de exames e injeções de medicamentos para favorecer o amadurecimento de seu sistema respiratório e cardíaco (Guedes, Conceição, & Santos Albergaria, 2018; Lotto, & Linhares, 2018.). Ademais, os bebês ficam em incubadoras, as quais têm a função de prevenir hipotermia, controlar a umidade do ar e proteger contra agentes contaminantes (Costa, Tonete & Parada, 2017). Essas intervenções e limitação de contato físico podem durar poucos dias ou meses, o que está relacionado a quão prematuro foi o nascimento e a evolução clínica do bebê.

Além desses cuidados mais intensivos característicos das UTIs, o relatório *Born too Soon* da OMS (2012) e outros estudos também oferecem dados e orientações que apontam para a importância do contato mãe e bebê prematuro para superar os desafios da imaturidade fisiológica e da internação em ambiente hospitalar intensivista. Nesse sentido, é recomendado que, ao nascimento, mãe e bebê sejam distanciados apenas quando intervenções emergenciais são necessárias. São destacadas medidas como o clampeamento tardio do cordão umbilical, que é a espera de alguns minutos após o parto para cortar o cordão umbilical, que pode prevenir anemia e hemorragia intracranial; o aleitamento materno e o contato pele a pele mãe-bebê (OMS, 2012; Ruivo et al., 2020) cujos benefícios serão detalhados a seguir.

O leite materno mostrou-se importante mesmo antes da chegada dos cuidados intensivistas, visto que os estudiosos notaram que é um fator importante para diminuição da mortalidade neonatal (OMS, 2012). Os prematuros se beneficiam do leite materno em relação a seu desenvolvimento, imunidade e nutrição. Tais vantagens já são amplamente conhecidas e estudadas (OMS, 2012; Lima, & Pina, 2020). Contudo, os bebês pré-termos, devido à

imaturidade biológica citada anteriormente, podem necessitar de auxílio para ingerirem o leite, como o uso do copinho, colher ou sondas gástricas. Além disso, a não sucção do bebê diretamente no seio tende a fazer com que a produção de leite materno diminua, por isso a mãe também precisa de auxílio e instruções especializadas para que possa realizar a ordenha. Fatores emocionais como a angústia, o estresse e a ansiedade frente a internação do filho também podem fazer com que a produção de leite diminua (Marciano, Evangelista, & Amaral, 2019). Dada as dificuldades, o importante aleitamento materno de prematuros também é um desafio para essas mães (Demirci, Happ, Bogen, Albrecht, & Cohen, 2015; Ikonen, Paavilainen, & Kaunonen, 2016).

No tocante ao contato pele a pele, os benefícios de promover maior estabilidade térmica do bebê, melhora no seu desenvolvimento global, maior vínculo afetivo e redução de custos da assistência perinatal ganharam destaque inicialmente na década de 70 com os estudos do pediatra colombiano Reys Sanabria (OMS, 2012). O então conhecido Cuidado Mãe-Canguru surgiu diante da falta de recursos hospitalares na Colômbia, onde muitas vezes cada incubadora abrigava dois ou mais recém-nascidos, resultando em altos índices de infecção cruzada e abandono materno. Diante desse cenário, a alternativa encontrada pela equipe foi os bebês na posição vertical entre os seios de suas mães, o que ficou conhecido como posição canguru (Whitelaw & Sleath, 1985; Alves et al., 2020).

No Brasil, inspirado nos estudos desenvolvidos a partir da proposta colombiana e seguindo as orientações da OMS, foi desenvolvido o modelo de assistência perinatal para o recém-nascido pré-termo ou de baixo peso adotado pelo Ministério da Saúde: o Método Canguru. Essa política pública de saúde foi lançada em 1999 e tem como princípios o cuidado centrado na família, a redução de fatores estressores ao neonato, o incentivo ao aleitamento materno e a promoção de vínculo (Ministério da Saúde, 2017). Entre suas estratégias de cuidado estão aquelas que promovem a interação mãe-bebê.

O Método Canguru integra intervenções direcionadas para qualificação do cuidado ao recém-nascido e sua família, e tem caráter individual e biopsicossocial (Reichert, Soares, Bezerra, Dias, Guedes, & Vieira, 2020). Esse pode ser considerado um caminho de reencontro do corpo e do cuidado materno, de aproximação dos pais com o bebê real e elaboração do luto do filho imaginado (Freitas & Lazzarini, 2020). O método compreende três etapas que vão desde a identificação de riscos no pré-natal a visitas domiciliares após a alta hospitalar da criança. O manual de diretrizes (Ministério da Saúde, 2018) prevê que, diante da necessidade de internação do recém-nascido, essa se dê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI)

ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e posteriormente aconteça a transferência do paciente para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), onde a mãe, amparada pela equipe de saúde, realiza a maior parte dos cuidados com seu filho. A proposta é que essa aproximação da mãe às necessidades do bebê aconteça de forma progressiva e à medida que o quadro clínico do paciente melhore.

Assim, o papel da mãe e sua participação para o desenvolvimento do bebê pré-termo é reconhecido na literatura e em diretrizes dos órgãos de saúde para além dos aspectos emocionais do desenvolvimento. Entretanto, o nascimento traumático, a separação brusca pós-parto, intervenções e equipamentos médicos e o ambiente intensivista de UTI neonatal podem provocar o desencontro entre mãe e bebê, retardar a aproximação deles pós-parto e prejudicar o estabelecimento do vínculo (Morsch & Braga, 2007, Værland, Vevatne, & Brinchmann, 2016, Fernandes, & Silva, 2019). É comum que, após o nascimento prematuro dos filhos, as mães experimentem sentimentos como medo, culpa e frustração pelo nascimento pré-termo, separação precoce e risco de morte do recém-nascido (Esteves, 2017; Marciano, 2017; Pergher, Cardoso & Jacob, 2014). A mãe pode chegar a desenvolver ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Petit et al., 2016).

Marciano, Evangelista e Amaral (2019), analisando o relato das mães em um grupo terapêutico, encontraram resultados que corroboram os dados da literatura. Na intervenção, as mães relacionaram a dificuldade de vinculação mãe-bebê inicial com o sofrimento da separação precoce, a longa permanência hospitalar, a instabilidade orgânica do filho e os retrocessos em sua evolução clínica. Os autores destacam que a presença dos pais na UTI Neonatal exige um espaço de escuta para o sofrimento vivenciado.

Dessa forma, a realização de estudos que explorem aspectos psíquicos envolvidos na relação mãe-bebê é importante tanto pela saúde mental materna diante dessa situação traumática quanto para o desenvolvimento global do bebê. A investigação de aspectos relacionados à superação das adversidades iniciais com o nascimento prematuro e dificuldades durante a internação em UTI Neonatal é crucial para o desenvolvimento de melhores intervenções com a família do paciente e para a sensibilização da equipe hospitalar, em que um cuidado mais humanizado possa ser oferecido.

2.2 Relação mãe-bebê inicial

*“E o céu se abre de manhã
 Me abrigo em colo, em chão
 Todo homem precisa de uma mãe
 Todo homem precisa de uma mãe”*
 (Zeca Veloso, 2018)

A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, além de fornecer compreensão das psicopatologias, oferece conhecimento sobre o que seria saúde psíquica, trazendo uma perspectiva mais positiva do desenvolvimento do homem e sua inserção na sociedade (Fulgêncio, 2016). Nesse sentido, é destacado pelo próprio teórico: “não estamos apenas preocupados com a doença ou com distúrbios psiquiátricos; estamos preocupados com a riqueza da personalidade, com a força do caráter e com a capacidade de ser feliz, bem como com a capacidade de revolucionar e rebelar-se”(Winnicott 1964/2012a, p. 20). Além disso, o pediatra e psicanalista foi pioneiro em abordar em sua teoria as relações de dependência. Para o autor, há uma tendência inata ao desenvolvimento que só ocorreria na relação com um *ambiente propiciador* (Winnicott, 1958/2013), se referindo às pessoas que oferecem os cuidados às crianças (Fulgêncio, 2016).

Sobre a importância desses cuidados ambientais, Dias (2003) discute que, quando há tendências biológicas a enfermidades, a adaptação ambiental pode levar o sujeito a desenvolver suas potencialidades herdadas quase que integralmente. Segundo a autora “será, talvez, preciso que o ambiente compense e equilibre, tanto quanto possível, as tendências do bebê à enfermidade, ou mesmo, seja capaz de lidar com enfermidades já estabelecidas” (p.124). A autora cita o exemplo de duas crianças, uma com capacidade cerebral restrita e outra superdotada. Ela refere que a primeira, apesar do déficit, pode se desenvolver de forma saudável psiquicamente, enquanto a outra pode crescer de maneira doente se tiver sofrido intrusões externas, ainda que tenha elevada capacidade cerebral. Nesse sentido, apesar de haver tendências, o desenvolvimento emocional não estaria pré-definido, pois aconteceria na relação com o ambiente.

O desenvolvimento se daria em fases com nomenclaturas que sempre indicam a relação com outro ser humano, são elas: *dependência absoluta*, *dependência relativa*, *rumo a independência* e *independência relativa* (Dias, 2003). A tendência inata à integração vai colocando em cada fase diferentes tarefas, que vão se tornando mais complexas com as conquistas do amadurecimento.

A dependência absoluta ocorre nos primórdios da vida até aproximadamente os quatro meses, o ambiente é necessário em termos físicos e emocionais, porém o bebê não tem consciência disso (Winnicott, 1958/2013): ele nem percebe que aquele que lhe oferece cuidados é um outro separado dele (Dias, 2003). Sobre essa fase, o autor supracitado chega a postular que o infante não existiria sozinho, mas sim que estaria sempre acompanhado, configurando a díade mãe-bebê (Fulgêncio, 2016).

As falhas ambientais nesse estágio de ego imaturo e dependente são sentidas como ameaças à existência pessoal do eu e delas adviriam os problemas psiquiátricos graves como as psicoses (Winnicott 1956/2000). Ainda, é na dependência absoluta que o sujeito desenvolve sua forma de se relacionar com a realidade externa, pois, na relação primitiva, a ilusão do contato com o externo tem início, além da confiança de que uma comunicação com o outro é possível e do sentimento de que a vida faz sentido (Dias, 2003).

Essas condições ambientais que o circundam, sem as quais o bebê não sobreviveria, são proporcionadas pela mãe ou aquele que funciona como sustentação ambiental inicial e se adapta às necessidades do infante, sendo que apenas um ser humano pode amoldar-se às complexas necessidades de um bebê (Winnicott, 1964/2012b). Sobre a sustentação ao recém-nascido, Winnicott (1949/2000) utiliza a comparação feita por uma paciente que diz que o bebê seria então como uma bolha: se a pressão for maior ou menor do que a da bolha, essa não será o elemento central no cenário, porém, se a pressão do ambiente se adaptar à da bolha, então essa será o elemento principal. Esse ambiente que se adapta ao bebê sem que ele perceba, não de maneira perfeita, mas suprimindo suas necessidades em um tempo que não exceda o que ele pode suportar, é chamado de *ambiente suficientemente bom*. Dentre as necessidades do infante, está aquela de ser protegido contra intrusões que o impeçam de sentir sua continuidade de ser.

Freitas & Lazzarini (2020) discutem que, no nascimento prematuro, a continuidade do ser está ameaçada, pois a experiência de descontinuidade do nascimento não é seguida pelos cuidados ambientais necessários à fase de dependência absoluta como aconteceria em um nascimento a termo. Ao contrário, no nascimento prematuro, os cuidados ambientais maternos ao bebê demoram devido à internação em UTI Neonatal.

Na fase de dependência absoluta, a mãe é como um ego auxiliar para o bebê, que ainda não tem os sentidos organizados, e proporciona condições para a maturação: ela, mesmo sem ter consciência, oferece as bases para a saúde mental do filho. Winnicott (1964/2012b) elenca três principais tarefas para esse desenvolvimento emocional inicial e as relaciona com

as funções da mãe, são elas: a integração do eu, a psiquê que habita o corpo e a relação objetual. À mãe caberia, respectivamente: segurar (*holding*), manipular (*handling*) e apresentar o objeto.

O autor supracitado ainda destaca que o protótipo para todos os cuidados seria o ato humano de segurar (*holding*). Ele destaca que os bebês que foram bem segurados confiam em um “mundo amigável” (1968/2012, p. 54) e tendem a amadurecer emocionalmente de forma saudável e rápida. Em contrapartida, aquele que não foi bem segurado permaneceria com algum grau de angústias primitivas durante toda vida (1964/2012b). Essas lembranças quando traumatizantes são recordadas, porém não o são no caso de terem sido vividas de forma satisfatória.

A necessidade de contato humano nessa fase está relacionada ao bebê precisar ouvir a respiração, os batimentos cardíacos e sentir o cheiro de seus cuidadores, ou mesmo perceber sinais de que há vida no ambiente que o circunda. Isso porque, bebês experenciam ansiedades se deixados por muito tempo a sós, que, segundo Winnicott (1970/2012), só poderiam ser exprimidas nas palavras: “ser feito em pedaços; cair para sempre, morrer e morrer e morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos” (p.76). Contudo, os bebês, em sua maior parte, podem não viver essas sensações devido ao reconhecimento e a adequação dos adultos à profunda dependência do recém-nascido. Nessa situação, eles manifestariam sentimentos positivos como relaxamento, alegria, entusiasmo, prazer, consciência de estar vivo e segurança.

A adaptação necessária à fase de dependência absoluta é temporária, porém necessita ser intensa e total nos momentos do dia em que ocorrerem as interações (Dias, 2003). As conquistas dessa fase acontecem quando o bebê é suprido em suas necessidades, quando ele encontra o que precisa de maneira constante e consegue ter experiências integradas, passando, então, a ter noção de tempo, de espaço, de si e confiança (Fulgêncio, 2016).

Depois da etapa de dependência absoluta, vem a fase de dependência relativa, em que há a percepção progressiva do ambiente pelo bebê, uma vez que acontecem pequenas falhas na adaptação às necessidades do infante. Isso ocorre porque a mãe vai falhando de forma gradual, pois ela vai retomando seus interesses e se recuperando do estado de extrema identificação com o filho, o que permite a ele ir caminhando rumo à independência (Dias, 2003).

As falhas, nesse momento da criança em dependência relativa, são importantes para que os objetos se tornem reais, podendo ser tanto amados quanto odiados (Winnicott

1951/2000). Além disso, na etapa de dependência relativa, a criança consegue se perceber como um “eu sou”. Também nessa etapa, surgem os objetos e fenômenos transicionais (a terceira área da experiência, segundo Winnicott), que compõem uma nova forma de se relacionar com o mundo (Fulgêncio, 2016). Assim, nessa etapa, diferentemente da fase de dependência absoluta, é importante que a mãe consiga falhar, o que deve ocorrer de forma que seja suportável à criança, condizente com seu amadurecimento, para que o infante siga construindo a percepção de aspectos importantes da realidade.

2.3 Preocupação materna primária

*“Peitos fartos, filhos fortes
Sonho semeando o mundo real”*
(Marisa Monte, 2006)

A identificação da mãe com seu filho a ponto de ela perceber e antecipar necessidades dele é chamada de *Preocupação Materna Primária*. estado que marca o fim da gestação e dura algumas semanas depois do nascimento do bebê (Winnicott, 1956/2000). Essa identificação permite à mãe dedicar-se ao filho e compreender o modo de vida individual dele, oferecendo as bases para sua saúde mental (Winnicott 1949/2000). Assim, a mãe com a preocupação materna primária vai ao encontro do bebê em dependência absoluta, que necessita de seus cuidados para sobreviver, introduzindo a parcela amadurecida na relação (Winnicott, 1960/2013).

Esse estado poderia ser caracterizado como psiquiátrico, porém, se tratando dessa fase da vida da mãe, é sinal de saúde psíquica, nem sempre sendo alcançado por adultos, devido ao grau de sofisticação exigido (Winnicott 1956/2000). Há dois desvios dessa realidade, em que em um deles algumas mulheres podem temer estar na condição de regressão e quase perda de si mesmo: elas a evitam enfocando a carreira profissional ou outro aspecto de suas vidas, nunca se envolvendo totalmente com seu bebê. Outro distúrbio seria da mãe que nunca deixa de se preocupar, uma vez que, à medida que o bebê vai lhe permitindo, seria saudável para a mãe e importante para o desenvolvimento do filho que ela recuperasse progressivamente seus próprios interesses (Winnicott, 1960/2014).

Winnicott defendia que os profissionais não deveriam tentar ensinar a mãe como cuidar de seu bebê. Sua recomendação seria de nunca interferir desnecessariamente, pois ainda que a mãe esteja debilitada e cansada, ela ainda seria a melhor pessoa para essa tarefa. Para o autor, a mãe traz consigo as experiências e lembranças de quando era bebê, as quais norteiam os cuidados que realiza com seu filho (Winnicott, 1966/2013), e o melhor cenário ocorre quando ela tem autoconfiança em relação às necessidades de seu bebê (1949/1982), pois ela sabe o que o ele sente (1960/2013). A separação do bebê e o medo após o nascimento poderiam atrapalhar esses “instintos naturais” (Winnicott, 1957/2014, p.69).

Apesar de Winnicott descrever a importância da devoção da mãe ao bebê, o autor não tinha uma visão idealizada do papel materno e criticava sentimentalismos. No tocante a reconhecer sentimentos negativos, ele referiu que em alguns momentos a mãe chega a odiar o bebê, porém ela deve ser capaz de tolerar o sentimento e não agir de acordo com ele, não

tentando vigiar-se das agressões aos quais o bebê lhe direciona. Esse ódio sentido pelos pais relacionados ao bebê poderia ser expresso em brincadeiras e canções sem que o filho as compreenda (Winnicott 1947/2000).

Assim, a mãe é vitalmente importante na proteção do infante contra complicações das quais ele ainda não tem ciência, oferecendo ao bebê um pequeno pedaço simplificado do mundo, que por meio dela é possível a ele conhecer. Nesse contexto, o papel do pai, para o autor, seria de dar sustentação à mãe, para que ela consiga se entregar à preocupação materna primária e se dedicar ao filho (Winnicott, 1956/2000). Dessa forma, o pai protegeria a díade mãe-bebê de interferências e preocupações externas, de maneira que muitas vezes a vulnerabilidade da mãe não seria perceptível (Winnicott 2013/1960). Ele ainda poderia substituir o cuidado materno em alguns momentos, porém não de forma precoce, pois o bebê é mais sensível inicialmente a diferenças sutis do cuidado que recebe (Dias, 2003).

Como os cuidados maternos na ausência da mãe são realizados por uma pessoa substituta, a proteção da díade mãe-bebê pode ser conferida também por familiares ou pessoas da comunidade, no caso da impossibilidade do pai de fazê-lo. Quando essa rede protetora, que faz com que a mãe se sinta segura e amada, não existe ou é rompida, a fragilidade da mãe se torna evidente. Nesse caso, podem ocorrer as psicopatologias puerperais, nas quais a mulher pode ter dificuldade em se manter no estado de preocupação materna primária ou se recuperar dele e voltar a seus interesses pessoais (Winnicott, 1960/2013).

As mães de bebês internados em UTI Neonatal tendem inicialmente a se aproximarem dos termos médicos e procedimentos hospitalares como uma forma de se conectarem inicialmente com o filho e participarem das decisões concernentes a ele. Isso seria um estágio intermediário denominado *preocupação médico primária* (Agman, Druon & Frichet, 1999; Marciano, 2017). No caso da prematuridade, a aproximação de maneira técnica seria uma forma de viver a maternidade que foi tão invadida a partir do parto (Morsch, & Braga; 2007). Em um tempo particular a cada díade e favorecido pelas reações do bebê em sua direção, a mãe conseguiria passar para a preocupação materna primária. À medida que se desligaria das questões hospitalares, a mãe proporcionaria melhores condições para a vida psíquica do filho.

Dessa forma, ainda que a prematuridade traga dificuldades para a adaptação à tarefa materna, as mães podem atingir o referido estado de identificação. Sobre essa temática, foi realizado um estudo de caso coletivo, no qual investigou-se o desenvolvimento da preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termos. Identificou-se que as participantes, após a aceitação da prematuridade, passaram a apresentar fatores positivos

como de percepção de dependência do filho e construção de um espaço simbólico para esse (Esteves, Anton & Piccinini, 2011). Outros estudos também citam fatores relacionados à preocupação materna primária em mães de bebês prematuros, como sensibilidade relacionada aos cuidados recebidos pelo filho internado e tentativas de realizar *holding* (Fernandes & Silva, 2019).

O referido estado de dedicação ao bebê também seria importante no caso da mãe de bebês prematuros, devido às mudanças de rotina que lhe são exigidas para acompanhar a internação. A hospitalização de um filho tende a mudar hábitos, objetivos e a interação familiar (Marciano, Evangelista & Amaral, 2019). Nesse contexto, estar em um estado de desinteresse por outras atividades poderia ajudar as mães a enfrentarem os meses nos quais tem de acompanhar os filhos na unidade.

Assim, as mães dos bebês que nascem antes do tempo ideal são atravessadas pelas condições relacionadas à prematuridade e pela identificação com os pequenos bebês, por isso, nesse trabalho, também são referidas como *mães prematuras*.

2.4 Esperança materna primária e a mãe prematura

*É nesse anseio que habito,
na esperança de sabedoria no transitar
da dor à alegria, da morte à vida”
(Fátima Flório César, 2021)*

Assim como as memórias de ter sido cuidada nas relações primitivas direcionam a mãe cuidar do bebê, as experiências da mais terna infância também influenciam a sua capacidade de acreditar que bons resultados podem advir mesmo quando enfrenta condições adversas como seria todo o contexto que perpassa um nascimento prematuro. A esperança é possível quando houve no início da vida do sujeito condições que propiciaram a experiência de ilusão (Motta, 2018).

Nesse caso, a ilusão, na concepção winnicottiana, ocorre quando o gesto espontâneo do bebê encontra um ambiente que atende suas necessidades em um tempo adequado, no qual ele não espera mais do que é capaz de suportar, e que lhe oferece a sensação de que ele cria aquilo que necessita, ou seja, de que ele pode criar o mundo (Winnicott, 1951/2000). Esse tipo de experiência, seguido por outras capacidades do amadurecimento, solidifica a capacidade para a esperança, que é essencial para que se superem de maneira integrada as dificuldades inerentes ao viver (Motta, 2018).

A aceitação da realidade com seus percalços é um processo contínuo que não se completa: há sempre uma tensão entre o interno e o externo. Do campo das experiências de ilusão, seriam advindas também as zonas intermediárias da experiência, que proporcionam alívio do conflito entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido (Winnicott, 1951/2000). Essa terceira área da experiência é necessária para a saúde psíquica, dela fazem parte a arte e a religião (Winnicott, 1971/ 1975).

Assim, a essencial capacidade de ter esperança e de transitar entre a realidade interna e a externa são provindas da experiência inicial de se ter criado o mundo. Esses aspectos se tornam ainda mais relevantes diante de situações adversas como a internação de um filho em uma fase tão sensível para a díade mãe-bebê quanto a que segue imediatamente o parto.

Segundo Winnicott, o terapeuta deve funcionar como um cuidador inicial, cujas funções incluem prover condições para o desenvolvimento de alguém e acreditar em sua capacidade de amadurecimento, o que é logo percebido pelo paciente (Winnicott, 1951/2000). Nesse sentido, Dias (2003) também destaca que é importante que a mãe acredite que o amadurecimento do filho está ocorrendo. Dentro dessa perspectiva está a importância de que

aquele que cuida, principalmente nas fases iniciais, tenha esperança no desenvolvimento do sujeito.

Enfocando as mães de prematuros na fase de preocupação materna primária e o contexto cheio de desafios a serem enfrentados, a capacidade de esperança seria essencial para que elas pudessem encarar essas condições potencialmente traumáticas e prover o ambiente inicial que o bebê precisa para se desenvolver. Como destacado, o nascimento prematuro é marcado por riscos e incertezas e a participação da mãe é reconhecida até mesmo em termos médicos.

A esperança dessas mães prematuras pode estar associada à sobrevivência do filho, a vê-lo saudável, à sua alta hospitalar e ida para casa, onde ela poderá tê-lo perto de si (Silva, Carvalho, Cunha, Santos, Costa, Pontes & Bisagni, 2017). Nesse sentido, pensar no bebê em um futuro distante daquele contexto de internação permite à mãe ter um lugar imaginado onde a vida do filho é garantida (Marciano et al., 2019). Essa perspectiva pode ajudar a mãe que enfrenta os procedimentos médicos diários aos quais o bebê é submetido, em um estado de identificação e sensibilidade que pode tornar esses eventos mais intensos e sofridos.

Além disso, pensar em um futuro em que o filho estaria melhor do que nas condições em que se encontra durante a internação seria importante para os pais suportarem aqueles momentos. Isso porque, o sentimento de desesperança pode ser vivido quando se tem um sofrimento sem perspectiva de seu fim (Winnicott, 1949/2000). A imagem da alta poderia trazer um vislumbre do término dessa experiência dolorosa importante para manter o sentimento de esperança.

Algumas pesquisas vêm relacionando a esperança no contexto de hospitalização à fé ou crenças religiosas. Um exemplo é o estudo de Vieira, Farias, Santos, Davim (2015) que investigou os benefícios da espiritualidade das mães diante da internação de bebês prematuros. Os autores encontraram dados que apontaram a espiritualidade nesse contexto como relacionada à manutenção da esperança na melhora clínica do filho.

Além disso, Cabeça e Melo (2020) investigaram as vivências de familiares de crianças internadas em UTI Pediátrica frente a notícias difíceis. As autoras encontraram que, após os momentos iniciais de choque com a gravidade do quadro, a esperança se mostra como uma forma de enfrentamento da situação. Essa poderia estar relacionada a fatores como: uma força interna que oferece conforto, a fé e crença no divino, na equipe médica e na própria vitalidade da criança enferma.

Apesar de pontuar as características internas que possibilitam o estado de preocupação materna primária, os cuidados ao bebê e a esperança; se faz necessário também ressaltar a importância do ambiente sustentador, uma vez que o ser humano, em todas as fases de sua vida, precisa ser amparado por um outro (Safra, 2013). Desse modo, no contexto de UTI Neonatal, ainda que a mãe tenha predisposições internas para os cuidados com o filho e capacidade de esperança, a confiança na equipe e o amparo familiar e de outras mães na mesma condição são cruciais (Rossman, Greene & Meier, 2015; Gomes & Santos, 2020).

Silva et al. (2017) destaca que a equipe de enfermagem pode favorecer a esperança da mãe do bebê prematuro nos cuidados hospitalares oferecidos. Isso seria possível com ações como o incentivo e apoio ao contato mãe-bebê, com respeito à singularidade de cada dupla e fornecimento de explicações sobre os procedimentos.

Além disso, pensando na dupla mãe-bebê após a experiência de internação, Soares (2018) investigou bebês prematuros junto a suas mães em atendimentos transdisciplinares. Foram destacados casos nos quais os bebês tinham condições biológicas para se desenvolver, porém as genitoras mantinham cuidados que os estagnavam em seu desenvolvimento. A autora apontou que algumas delas não conseguiam “sonhar o bebê em um futuro, mas os mantinham no passado da UTI” (p. 75). No estudo foi levantado a hipótese de se tratar de uma dificuldade em sair do estágio de preocupação materna primária, pela cristalização de memórias relacionadas à gravidade do quadro do paciente na internação. Nesse caso, seria possível fazer um paralelo de que a esperança seria importante também para que a mãe saísse desse estado de identificação inicial quando esse não fosse mais necessário, pois acreditando no desenvolvimento do filho, ela poderia integrar a experiência passada de fragilidade com a crença nas potencialidades do bebê do presente.

Ademais, esse “sonhar o bebê em um futuro” também poderia ser importante durante a internação, que, como apontado, pode durar dias ou meses, dependendo da imaturidade do bebê e de sua evolução clínica. Em consonância a isso, Marciano et al. (2019) ressaltam a importância de que a mãe esteja presente na unidade para que o recém-nascido sobreviva.

3 OBJETIVO

A presente pesquisa buscou identificar as condições relacionadas à esperança no relato de mães que tiveram seus bebês internados em uma UTI Neonatal à luz da teoria de D. W. Winnicott.

4 MÉTODO

A metodologia utilizada nesse trabalho para investigar a esperança em mães de bebês prematuros é qualitativa, exploratória e documental. Dessa forma, objetivou-se propiciar reflexões, observações e interpretações, a partir dos dados sob os mais variados aspectos (Gil, 1987). Para tanto, foram utilizados documentos que não receberam tratamento analítico prévio, no caso, os relatos de mães que compõem o *Diário dos pais de uma UTI Neonatal*.

A abordagem qualitativa tende a ser mais flexível, pode investigar em detalhe o fenômeno estudado e aprofunda os significados das ações e relações humanas, que não poderiam ser verificados por meio de estatísticas (Minayo, 2002), sendo essa última característica a principal contribuição desse tipo de investigação (Gondim, & Bendassolli, 2014). Assim, o método qualitativo vem ganhando espaço e reconhecimento no campo científico de saúde (Faria-Schützer, Surita, Alves, Bastos, Campos, & Turato, 2021). Ele é considerado uma escolha metodológica adequada para pesquisas relacionadas a esse contexto, por produzir informações minuciosas e significativas para o campo teórico e planejamento de políticas públicas (Colorafi & Evans, 2016).

Dentro do escopo das pesquisas qualitativas no campo da psicologia, o modelo escolhido foi a análise de conteúdo de Bardin (1977), o qual é amplamente utilizado na área e tem diversas possibilidades de técnicas (Gondim, & Bendassolli, 2014). Para as inferências e interpretações, fase final da análise de conteúdo, foi utilizada a teoria do desenvolvimento emocional de D. W. Winnicott.

Nesse sentido, a psicanálise, desde seus primórdios, foi utilizada como terapia e método de investigação do psiquismo (Safra, 1993). Inicialmente, Freud utilizava principalmente os conteúdos clínicos para seus estudos, porém, à medida que a psicanálise se desenvolveu, ela passou a considerar outras produções humanas como reflexo de aspectos psíquicos inconscientes. Dessa maneira, produções literárias, músicas e esculturas, por exemplo, também podem ser alvo de pesquisa psicanalítica. Por isso, nesse estudo, serão tomados textos como objeto de análise.

4.1 Aspectos Éticos

A realização da pesquisa foi autorizada pelo responsável do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto

de Pesquisa da USP. O parecer do CEP da USP se encontra no Anexo A. Como a pesquisa foi realizada no hospital, essa também foi avaliada e aprovada pelo comitê de ética da instituição hospitalar, e seu parecer se encontra no Anexo B.

As mães que tiveram seus bebês prematuros internados na UTI Neonatal do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence e escreveram relatos no *Diário dos pais de uma UTI Neonatal* foram convidadas a participar da pesquisa, o que consistiria na disponibilização de seus relatos.

Devido à pandemia de Covid-19 e ao fato de bebês prematuros comporem o grupo de risco da doença, o contato com as mães foi realizado por telefone. Assim, por meio do banco de dados do hospital, foi localizado o número das autoras dos relatos. O contato inicial foi feito, quando foi explicado os objetivos e métodos da pesquisa, oferecendo a possível participante tempo para que decidisse sobre a disponibilização ou não de seu relato. Em seguida, a mãe participante recebeu pelo aplicativo *Whatsapp* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha detalhes da pesquisa e informações necessárias para sua participação. Ela poderia consentir o prosseguimento da pesquisa por meio de mensagem de texto ou de voz.

O TCLE, que se encontra no Anexo C, assegura o sigilo de suas identidades e esclarece o fato de que elas não têm benefício ou prejuízo no tratamento do filho, que possivelmente ainda é acompanhado por profissionais da instituição em contexto ambulatorial ou que eventualmente poderia necessitar de nova internação no hospital. A fim de preservar a privacidade das participantes, dados que pudessem identificar as mães ou seus filhos, como data de nascimento e nome, foram modificados nos relatos pela pesquisadora, que foi a única a ter acesso a esses com a finalidade dessa pesquisa.

4.2 Material

Foram utilizados os relatos presentes no *Diário dos pais de uma UTI Neonatal*. Esse caderno foi criado pela comissão de humanização do hospital no ano de 2017, juntamente com a equipe de psicologia, visando um espaço para que os pais pudessem elaborar as vivências traumáticas e oferecer apoio uns aos outros por meio de suas histórias. O que é consoante ao apontado por Freitas e Lazzarini (2020) de que às mães de prematuros devem ser oferecidas intervenções para que o nascimento pré-termo e o luto do bebê imaginado sejam elaborados e assim possa haver espaço para o estabelecimento do vínculo com o bebê

real. Segundo as autoras “a escrita (...) possui uma função simbolizadora, de marcar o passado, dando lugar ao presente e ao futuro, tempos interditos pelo trauma” (p. 147). Além disso, para Marciano et al. (2019), oferecer um lugar para a narrativa da vivência do parto prematuro e internação em UTI Neonatal é importante também para a saúde psíquica do bebê.

Devido a maior permanência de mães na unidade, elas foram as principais autoras do diário. Atualmente o livro é composto por vinte relatos e fica disponível na unidade. Ele está em constante construção, sendo oferecido às mães a possibilidade tanto de lerem as histórias já escritas quanto de escreverem as suas.

4.3 Procedimento

Os relatos do livro *Diário dos pais de uma UTI Neonatal* foram lidos e aqueles legíveis e escritos por mães de bebês prematuros foram selecionados. Em seguida, foi identificada a autora do relato e feito o contato, seguindo as considerações éticas já destacadas. Seis relatos que tiveram o consentimento foram digitados e sistematizados. Foram feitas algumas correções de ortografia e gramática para facilitar a leitura, mas buscou-se manter a estrutura e o sentido originais dos textos. Por fim, os relatos foram analisados como detalhado a seguir.

4.4 Análise de Resultados

A escolha pelo modelo de análise de conteúdo de Bardin (1977) objetivou oferecer destaque à proficuidade dos relatos como expressão de esperança, que pode ter valor terapêutico para as autoras e leitores. Assim, no presente estudo, foi feita uma análise de categorização.

Bardin (1977) definiu as seguintes etapas para esse tipo de análise: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados (a inferência e a interpretação). A fase de pré-análise inclui a seleção e organização dos textos, além da leitura flutuante, elaboração de hipóteses e indicadores relacionadas ao tema. No caso da presente pesquisa, o diário foi lido na íntegra, e foram selecionados aqueles relatos escritos por mães de prematuros com maiores descrições de sentimentos e funções maternas. Assim, foram identificadas expressões relacionadas à **preocupação materna primária** (ex: “é aprender a amar com o coração e com o corpo todo”; “sentimos nossos corpos nus coladinhos no mais puro e verdadeiro

amor”), **preocupação médico primária** (ex: “100% de FiO2”; “as mais belas palavras: SEM INTERCORRÊNCIAS”), **holding** (ex: “sempre tivemos muito carinho e atenção por parte de toda a equipe daqui”; “Porque é uma dando força para a outra”), **esperança** (ex: “Ser mãe de UTI é ter esperança o tempo todo, é acreditar sempre e não desanimar nunca”), **fé** (“Pra Deus- que 1% é muito!”; “pedidos da mamãe para o Papai do Céu”) e **sonhos futuros** (“Vamos voar... Rir... Brincar...”; “eu vou voar e ser mãe do lado de fora”). Finalmente, foram esboçadas quatro categorias escolhidas, tanto pela frequência dos temas nos escritos quanto por estarem de acordo com a literatura no referencial winnicottiano.

A etapa seguinte consistiu na “administração das decisões tomadas na pré-análise” (Bardin, 2010, p. 101), exploração do material e tratamento de dados. Dessa forma, os relatos das mães foram codificados, seguindo os índices previamente criados. Em seguida, foram selecionados três trechos que melhor exemplificavam cada categoria, os quais foram articulados com a teoria do desenvolvimento emocional de D. W. Winnicott, ou seja, realização de inferências e interpretações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados a importância da relação mãe-bebê para o desenvolvimento humano e os percalços que a díade vivencia com a prematuridade, o presente estudo objetivou identificar as condições relacionadas à esperança no relato de mães que tiveram seus filhos internados em uma UTI Neonatal à luz da teoria de D. W. Winnicott.

A caracterização das participantes e seus bebês, obtida a partir das informações que constam no *Diário de pais de uma UTI Neonatal*, foi feita para a melhor compreensão do contexto no qual os escritos foram produzidos. Em seguida são apresentadas as categorias, que refletem diretamente os objetivos do estudo, são as principais condições relacionadas à esperança identificadas nos relatos. Portanto as categorias são: **Como nasce uma mãe de UTI Neonatal, o contexto adverso onde nasce a esperança; O apoio recebido, o encontro humano na sustentação da esperança; Fé, a esperança presente na religiosidade/espiritualidade; Expectativas positivas, a marca da esperança.** Essas são discutidas a partir de três trechos dos relatos que mais se aprofundam nos temas destacados.

A seguir, são apresentadas as caracterizações dos relatos das mães. É importante destacar que os nomes e as datas foram modificados para preservar a identidade das participantes, apenas o nome da psicóloga não foi alterado, por se tratar da autora desse estudo.

Ana, mãe de José Miguel: O bebê nasceu com 30 semanas de gestação. Não há descrição sobre a razão do nascimento prematuro ou se ela estava em acompanhamento médico de alto risco, mas a mãe afirmou que o nascimento dele foi antes do que ela esperava. Ana referiu que José Miguel foi entubado, teve infecção hospitalar e correu risco de vida. Ela ainda relatou que foi informada que ele teria sequelas devido à “falta de oxigenação no cérebro”. O escrito foi feito quando o bebê teve alta, no 31º dia de internação. A mãe redigiu a primeira parte do relato sob a perspectiva do bebê e a segunda com as impressões e sentimentos dela.

Alice, mãe de João e Paulo: Alice não referiu a idade gestacional dos filhos, porém narrou que João nasceu com 30,5 cm e 625g, e Paulo com 20 cm e 380g, o que é compatível com o tamanho de prematuros extremos (nascidos antes das 28 semanas de gestação). A mãe relatou a restrição de crescimento dos bebês, que ela teve pressão alta e estava sendo acompanhada no ambulatório de gestação de alto risco. Alice estava internada quando teve hemorragia, razão pela qual foi submetida a uma cesariana, cirurgia que não pôde ser acompanhada pelo

marido. Alice referiu que, naquele momento, ela e os filhos corriam risco de vida. Paulo faleceu nove dias após o nascimento devido a uma parada respiratória, e João, quando a mãe escreveu o relato, estava internado há 3 meses e cinco dias na UTI Neonatal, sem ter previsão de alta, pois ainda estava entubado.

Eliana, mãe de José e Diogo: Os gêmeos nasceram com 32 semanas de gestação. A mãe referiu que tinha o diagnóstico de endometriose, por isso os médicos diziam que ela não poderia engravidar. A gestação corria bem, porém uma das bolsas rompeu e a mãe foi internada para inibição das contrações por mais algumas semanas. No entanto, ela entrou em trabalho de parto prematuro. José nasceu por via de parto normal e Diogo necessitou de uma cesariana devido a descolamento da placenta. O marido pôde acompanhar o nascimento de José, porém não o de Diogo, que era uma “situação de risco”. Os bebês ficaram internados 22 dias, no momento da alta a mãe fez o relato no diário.

Jussara, mãe de Gabriel: O bebê nasceu com 31 semanas. A mãe referiu que havia ido ao hospital devido a dores e sangramento por diversas vezes. Na terceira vez, foi internada, pois identificaram que a bolsa havia rompido. Gabriel entrou em sofrimento fetal, por isso Jussara teve que ser submetida a uma cesariana de emergência. Ela referiu que a gestação não foi planejada e tinha risco de perda. Jussara acrescenta que não desejava ter engravidado porque sua segunda gestação e parto haviam sido difíceis, além de ter tido previamente um aborto espontâneo. Gabriel nasceu sem respirar e sem batimentos cardíacos, por isso foi entubado e reanimado. Ele teve uma hemorragia cerebral, que causou convulsões, e também teve uma infecção. A mãe escreveu o relato com 30 dias de internação do filho, quando ele estava mais estável, apesar de necessitar ganhar peso e conseguir se alimentar sem auxílio da sonda para obter alta.

Luana, mãe de Benjamin: O bebê nasceu com 29 semanas de gestação. O nascimento ocorreu devido ao rompimento da bolsa gestacional. Foi necessária uma cesariana de emergência, durante a qual Luana teve a companhia de sua mãe. O nascimento prematuro foi inesperado para a mãe que estava planejando ter parto domiciliar, o qual é apenas realizado em gestações de baixo risco. O relato foi feito no 47º de internação, quando a alta hospitalar estava próxima. Luana fez uma descrição rica em detalhes e sentimentos sobre o parto, a equipe hospitalar e suas vivências durante a hospitalização de Benjamin.

Sofia, mãe de Gustavo: O bebê nasceu com 28 semanas de gestação, pois teve centralização e sofrimento fetal. A mãe referiu que durante a gestação não teve dores ou outros sintomas,

porém em um exame foi diagnosticado que o bebê havia parado de se desenvolver no quinto mês de gestação e Gustavo nasceu naquele mesmo dia. Ela não descreveu os detalhes do parto. O bebê correu risco de vida e no sétimo dia de internação teve uma parada cardíaca. Ela relata que ele precisou ficar entubado e teve infecção, totalizando 110 dias de internação. Quando escreveu, mãe e bebê estavam na semana anterior à alta.

A idade gestacional dos bebês prematuros das mães que escreveram os relatos varia aproximadamente de 28 a 32 semanas, por isso estariam classificados como muito prematuros de acordo com a OMS (2012). Os nascimentos foram marcados por situações emergenciais e a duração da hospitalização variou entre 22 e 110 dias. Além disso, há descrição de intercorrências (infecções e paradas cardíacas), procedimentos (entubação) comuns à internação de um paciente em UTI Neonatal e possíveis consequências da prematuridade (dificuldades na respiração e alimentação, possibilidade de sequelas e risco de morte). Dessa forma, o quadro descrito pelas mães reflete o que foi dito anteriormente sobre a prematuridade.

Os relatos são todos de mães de bebês do sexo masculino, visto que no diário são poucos os escritos de histórias de meninas prematuras, os quais são menos detalhados e mais curtos. Tal fato pode estar relacionado ao que os estudos científicos descrevem como hipótese da desvantagem masculina, a qual sugere que meninos são mais sensíveis a adversidades na gestação e infância devido a razões multifatoriais. Assim, as gestações de meninos têm maior risco de complicações e o número de bebês muito prematuros é majoritariamente masculino (O'Driscoll, McGovern, Greene, & Molloy 2018). Dessa forma, o percurso de prematuros do sexo masculino dentro da UTI Neonatal tende a ser mais longo e mais frequente.

5.1 Como nasce uma mãe de UTI Neonatal, o contexto adverso onde nasce a esperança

Essa seção contextualiza a identificação das mães com seus filhos, o ambiente hospitalar e as condições adversas que marcam o nascimento prematuro.

As denominações “mãe de UTI Neo” e “mãe de Neo” são bastante utilizadas no ambiente hospitalar, não só pelas pessoas que circulam no setor em si. Inicialmente, os funcionários da ala da maternidade, onde a mãe fica internada após o parto, usam tal classificação, pois precisam que a equipe esteja ciente sobre aquela paciente, que

provavelmente se ausentará de seu próprio quarto por estar com o filho no outro setor e cujo bebê eles não se responsabilizarão. Além disso, após a alta da maternidade, outros funcionários da instituição, de setores como portaria e alimentação, identificam essas mulheres, que chegam diariamente pela manhã, permanecem todo o período e fazem as refeições no local. Muitas vezes, o grupo de “mães de Neo”, formado pela amizade desenvolvida na convivência, é visto pelos corredores do hospital e identificado pelo andar lento daquelas que ainda se recuperam do precoce parto.

Os relatos são de Alice, Eliana e Luana. Cada autora escreveu à sua maneira, sendo que Luana foi a que mais detalhou os sentimentos e as experiências do parto e internação do filho.

Alice: “(...) dia 15/09, quarta-feira, fui até o ultrassom e a Dra disse que o G2 não havia engordado nada, que minha pressão havia subido e que eu precisaria ficar internada para fazer um Doppler, e que dependendo da situação eles iriam retirar meus meninos, foi um choque. Internei, tomei injeção para o pulmãozinho dos bebês mas não fizeram o ultrassom e adiaram para o começo da próxima semana, passei quatro dias muito bem, passeando e fazendo amigos pela maternidade. Domingo, 19/09 às 11h30, eu comecei a ter contrações, que só iam aumentando, em seguida, comecei a sangrar muito; 12:00, as Dras Raquel e Laura vieram me atender e eu estava com hemorragia, fui para sala de parto e decidiram cesária de emergência, pois eu e meus meninos corríamos perigo, risco de vida, ou eu poderia perder o útero e não deixaram meu marido entrar. Era muito risco, muito sangue, e eu estava com muito (palavra sangue riscada) medo. 12:11, 12:15, meus meninos nasceram, João com 30,5 cm, 625g e Paulo com 20,0 380g. A partir daí, começou a vida de ‘mãe de Neo’. Paulo faleceu dia 28/09, pesando 280g, e teve parada respiratória, ele era muito pequeno. João, começou a crescer e engordar, foi extubado algumas vezes, mas sem sucesso, hoje dia 24/12, ele voltou para o tubo, pois está com uma infecção de urina, e não teve forças para respirar.”

A mãe detalhou seu quadro clínico quando foi internada e o momento que os filhos nasceram. A narrativa é intensa e sugere a urgência dos acontecimentos.

Ao saber da possibilidade de que João e Paulo nasceriam prematuros, Alice referiu ter levado um choque. Além disso, a forma que ela escolheu para dizer que seria feito uma cesariana “eles iriam retirar meus meninos” sugere algo percebido como ruptura brusca. Isso porque, como trazido por Winnicott (1956/2000), a mãe já se encontra identificada com o bebê desde a gravidez. No caso, Alice usa a expressão “meus meninos” para se referir aos

filhos que estava ainda gestando e “retirar” poderia se referir a quebra da conexão previamente estabelecida.

Ademais, a mãe também utiliza termos e parâmetros médicos, como “G2” (se referindo a segundo gemelar, forma utilizada pela equipe para diferenciar os gêmeos), “parada respiratória” e “extubado”, o que é frequente em mães de bebês hospitalizados, que se apropriam dessas terminologias no estágio de preocupação médico primária (Agman, Druon & Frichet, 1999).

Os detalhes que Alice inseriu em sua narrativa, o horário dos acontecimentos, o nome das médicas, e a intensidade das palavras “*sangrar muito*”, “*muito sangue*” e “*muito medo*” caracterizam uma cena extremamente impactante. Além disso, em meio as descrições, ela referiu que não permitiram que seu marido entrasse na sala de parto, o que pode sugerir um sentimento de desespero por não ter podido ter a presença de seu companheiro naquele momento difícil, no qual ela e os filhos corriam risco.

Em seguida, Alice refere que começou a vida de “*mãe de Neo*”: narra o falecimento de Paulo e os desafios enfrentados por João de crescer, engordar e respirar. Dessa maneira, é possível presumir que, para ela, ser “*mãe de Neo*” envolveu perda (Paulo faleceu), lidar com fragilidade (“*ele era muito pequeno*”) e expectativa (de que João, que pesava 620g e tinha 39,5cm, crescesse e engordasse). Assim, a mãe teve de elaborar o luto pela morte de um filho, ao mesmo tempo em que se aproximava e acompanhava a trajetória de desenvolvimento do outro, que também corria risco. Como discutido por Baltazar, Gomes e Segal (2014), o ambiente de UTI Neonatal é atravessado por experiências de luto ou sua iminência; o acolhimento e a escuta oferecidos pela psicologia são necessários para que haja elaboração e vínculos dos pais com seus filhos mesmo diante da possibilidade de perdê-los. No caso do presente estudo, todas as participantes foram atendidas pelo serviço de Psicologia do hospital.

Eliana: “*No dia 15/1/19, acordei às 4h50 da manhã com uma vontade enorme de fazer xixi, reparei que já estava molhada e ao levantar da cama uma água ‘rosada’ escorreu pela minha perna. Acordei meu marido e viemos para o hospital, a Dra que me atendeu disse que somente uma bolsa havia se rompido e que eu iria ficar internada pra tentar segurar por mais duas semanas, ou seja, até 34 semanas. Eu estava com um dedo de dilatação.*”

Passei o dia todo bem, sem dores, só perdendo um pouco de líquido.

Às 00h44, comecei a sentir as primeiras contrações.

Passei a noite toda com muita dor e meu marido esteve a meu lado por todo esse tempo. No início segurei o choro porque estava com vergonha, mas depois chorei muito.

11h e pouco, me levaram para a sala de parto.

11h38, o José nasceu de parto normal, mas o Diogo mudou de posição e descolou a placenta. De repente ouvi o Dr. Luís pedindo para meu marido esperar um pouquinho lá fora. Fiquei com muito medo, afinal, por que meu marido pôde assistir o José nascer, mas o Diogo não? Na verdade, havia se tornado uma situação de risco.

Pediram pra chamar o anestesista e o doutor me disse que seria feita uma cesária. Naquele momento tive muito medo de perder o meu Diogo. Foi tudo muito rápido, algumas coisas eu não consigo me lembrar, sei que tinha muita gente. E 11h56, o Diogo nasceu de cesária.

Não pude ver os meus pequenos, pois vieram direto para a UTI Neonatal, isso dói muito. Não pudemos tirar aquela foto de nós quatro juntos após o parto do jeito que planejamos, nem pude ver seus rostinhos. (desenho de um rosto triste com lágrimas)

A palavra UTI assusta, dá medo, insegurança...

O José ficou apenas três dias na UTI e veio para a Ucinco. O Diogo precisou ficar uns dias a mais, mas logo acompanhou o irmão. E de lá pra cá, apesar do cansaço, muita ansiedade e ‘festa’ a cada graminha a mais, a cada fralda cheia! Só quem é mãe de UTI sabe! (E entende!!!) (...)

Ser mãe de UTI é tirar forças de onde nunca se imagina ter, é aprender a amar com o coração e com o corpo todo, a gente cria uma armadura e se torna gigante mesmo com dor, cansaço, medo... Ser mãe de UTI é ter esperança o tempo todo, é acreditar sempre e não desanimar nunca.”

Eliana detalhou as horas entre quando sua bolsa rompeu e o parto dos filhos (internação, intensificação das dores e ida à sala de parto), o que demonstra o quanto aqueles momentos foram intensos. Ademais, pela narrativa é possível perceber que o nascimento também é marcado pela urgência: *“Foi tudo muito rápido; algumas coisas eu não consigo me lembrar, sei que tinha muita gente”*. A princípio, a mãe não compreende os acontecimentos, o que pode ter sido gerador de angústia.

O destaque à presença de seu marido durante o parto e quando foi solicitado que saísse demonstra a importância de que ele a acompanhasse. Em seguida, apareceu uma quebra da idealização de como seria o encontro deles, pois a mãe descreveu que os filhos nasceram e foram direto para o UTI Neonatal e ela relata não ter podido tirar “*aquela foto de nós quatro juntos após o parto*” e ver seus pequenos rostos.

Sobre a internação, Eliana é enfática ao relatar que isto lhe dava medo e insegurança. Além disso, é possível inferir que ela também sentiu uma ruptura na continuidade da relação, pois referiu ter sentido grande dor em não poder ver os bebês e por eles terem sido internados em UTI Neonatal. Tal sentimento pode ter sido vivido de maneira mais intensa pela identificação com os filhos, característica da *preocupação materna primária*.

No tocante a essa identificação, Eliana se autodenominou como “*mãe de UTI Neo*” quando disse “*E de lá pra cá, apesar do cansaço, muta ansiedade e ‘festa’ a cada graminha a mais, a cada fralda cheia! Só quem é mãe de UTI sabe! (E entende!!!)*”. Nesse excerto, apareceu mais uma vez a vivência da intensidade dos eventos, pois o ganho de uma grama ou a fralda cheia (que é uma medida usada no setor para verificar se o bebê conseguiu mamar) é razão para grande comemoração.

No final do excerto, Eliana fez considerações essenciais relacionadas à maternidade quando reconheceu a entrega envolvida, mesmo em meio a vulnerabilidade e obstáculos, nas falas dela: “*é aprender a amar com o coração e com o corpo todo, a gente cria uma armadura e se torna gigante mesmo com dor*”. Assim, a mãe exerceu o que é trazido pela teoria de Winnicott: embora a mãe fique mais frágil, ela assume a posição mais amadurecida da relação para cuidar de seu bebê. Eliana ainda trouxe aspectos diretamente envolvidos em ser “*mãe de UTI Neo*” e reconheceu a importância da esperança. Ela conclui que é necessário “*ter esperança o tempo todo*”. Aqui, a mãe pareceu ocupar o lugar designado pelo autor supracitado, ela é quem acredita e cria condições para o desenvolvimento do outro (Winnicott, 1960/2013).

Luana: “*Me tornei mãe no dia 26 de Outubro de 2018.*

Parto cesário de emergência, de mão dadas com a minha mãe passei para o lado de lá, deixei de ser só filha e me tornei mãe.

Planejei meu parto natural domiciliar, tinha minha equipe e toda vontade e força para trazer meu filho ao mundo, tudo corria muito bem até que... Com 29 semanas, minha bolsa rompeu. A partir daí, sabia que não seguiria os planos, nem o A, nem o B e nem o plano C.

Não tive o parto planejado, mas estar grávida é literalmente não ter controle de nada. Me entreguei a nova realidade, fiz do momento o plano D e decidi que aquela cesária necessária seria um momento lindo, respeitoso e cheio de boas lembranças e assim foi.

Sala fria, mas mantive meu coração quente, rostos preocupados e passos apressados e eu conversando com meu filho, dizendo 'Benjamin meu amor você vai nascer'.

Me lembro dos médicos, anestesistas, um menino gordinho futuro médico assistindo sentado no canto da sala com olhar curioso e mais tenso que a atriz principal (eu).

Seguro a mão de uma médica e com a voz apertada pergunto: 'Você que vai pegar ele?'; 'Pega ele direitinho'. E caíram as lágrimas.

Lembro dos olhos grandes atrás dos óculos que olhando dentro dos meus olhos cheios de água, me disse: 'Eu vou pegar ele, ela vai nascer pequeno, vamos fazer alguns procedimentos, fica calma'. Me tranquilizei e me entreguei de corpo e alma. Mais tarde cruzei com os grandes olhos e no mesmo momento reconheci e sorri para aquela linda mulher.

Às 12:56 de uma sexta-feira, nasceu Benjamin C.O.D., com 980 gramas, Apgar 8,9, chorou e sem que eu pudesse vê-lo partiu para a UTI Neo.

No quarto ansiosa para ver meu bebê, uma enfermeira me falou: 'Descansa porque agora você é mãe de NEO'. Não entendi nada, que raio é mãe de NEO, mas... Agora depois de 47 dias sendo mãe de NEO, entendi o que ela queria dizer e aprendi que:

Ser mãe de NEO é respirar fundo e ter calma, é ver seu coração despedaçar e se refazer a cada 2 segundos, é ter que vir embora todas as noites e deixar o melhor pedaço de você dentro do hospital, é ver seu útero vazio antes da hora, é não ter curtido aquele barrigão de grávida porque antes mesmo dela começar a aparecer, chegou a hora do seu bebê nascer, não ter arrumado o quartinho e nem lavado as pequenas roupinhas, é ir ao encontro do seu filho pela primeira vez e só poder ver ele pelo vidrinho da incubadora, abrir as portinhas e tocar seu corpinho pequenininho com a ponta dos dedos com medo de machucar, é ver a enfermeira fazer os cuidados com ele e pensar: 'como ela consegue fazer isso? Ai minha nossa, vai com calma. Pega ele devagar. Por que eu não consigo pegar ele assim?', é não entender muito bem que aquele serzinho estava dentro de você e agora está dentro daquele útero tecnológico, é sentir chutes fantasmas que te fazem lembrar que seu útero não abriga mais seu bebê, é chorar, é rir, é tremer, é parar de respirar, é se sentir forte, fraca, tudo isso em um curto espaço de três segundos é planejar como você vai arrancar seu filho da incubadora e levar embora e depois se tranquilizar porque ele está na

tal incubadora, é ter a oportunidade de ver se filho se formar ao vivo e a cores, é fazer de uma poltrona vinho seu novo lar e achar o melhor lugar do mundo, é vibrar com 1 grama e 1 ml, é ter muita, muita, muita, mas muita paciência.”

Luana narrou de maneira rica a situação e os sentimentos envolvidos, tanto no nascimento prematuro do filho quanto ao “*tornar-se mãe de Neo*”. Ela iniciou o relato descrevendo a gestação, referiu que tinha uma equipe para o parto que havia planejado e “*força para trazer o filho ao mundo*”. Assim, havia algo idealizado sobre o encontro com Benjamin e um ambiente que a apoiava. Nesse sentido, o bebê já tinha um lugar subjetivo para a mãe, que, também, tinha um ambiente que lhe oferecia sustentação emocional, algo essencial para o exercício da maternidade (Winnicott, 1956/2000).

Quando a mãe descreveu que estar grávida “*é não ter controle*” e que se “*entregou de corpo e alma*” à situação da cesariana, havia uma disponibilidade para adaptar-se, outro fator necessário à função materna. Ademais, a falta de controle sentida na gestação poderia ser a sensação de que mudanças psíquicas estariam ocorrendo, como o início do estado de preocupação materna primária.

No trecho “*Sala fria, mas mantive meu coração quente*”, Luana demonstrou ter acessado a memória de ter sido cuidada, pois a situação era de medo e vulnerabilidade, mas ela se sentia internamente amparada. Além disso, também referiu ter vivido o momento do nascimento do filho “*de mãos dadas com a mãe*”. Luana demonstrou o que foi explicitado por Winnicott (1966/2013), trouxe memórias de como foi cuidada para nortear os cuidados que ofereceria a seu filho. Nesse sentido, Luana continuou: “*e eu conversando com meu filho, dizendo ‘Benjamin meu amor você vai nascer’.*”

As “*lágrimas caindo*” podem representar o sentimento de ruptura sentido pela mãe ao perceber que não teria mais aquele contato íntimo da gestação com o filho. O que também apareceu quando ela descreve que ele “*partiu para UTI Neo*” sem que ela pudesse tê-lo visto.

Quando Luana descreveu o que é ser “*mãe de Neo*”, houve uma tentativa de elaboração do nascimento repentino e do luto em decorrência do que não foi possível viver nos últimos meses de gestação e início da vida do filho. Isso porque ela iniciou dizendo: “*é não entender muito bem que aquele serzinho estava dentro de você e agora está dentro daquele útero tecnológico, é sentir chutes fantasmas que te fazem lembrar que seu útero não abriga mais seu bebê*”. Outrossim, no trecho “*não ter arrumado o quatinho e nem lavado as pequenas roupinhas*” ela pode ter se referido ao tempo para terminar o processo iniciado de se preparar internamente que ela não teve. Nos últimos meses de gestação, ocorre um necessário

retraimento da mãe para preparação para o nascimento do filho (Winnicott, 1956/2000), que não pôde ser vivido por Luana.

Ainda, há no relato um sentimento de insegurança em aproximar-se do filho, no fragmento: *“ver a enfermeira fazer os cuidados com ele e pensar: como ela consegue fazer isso? Ai minha nossa, vai com calma. Pega ele devagar. Por que eu não consigo pegar ele assim?”*. Nesse trecho, a mãe se identificou com a vulnerabilidade do bebê, ao temer pela forma como ele era manipulado pela equipe em *“pega ele direitinho”*; porém havia um desejo de que ela própria pudesse realizar os cuidados. Além disso, havia a percepção de que a poltrona ao lado da incubadora era *“o melhor lugar do mundo”*. Assim, Luana se identificava com a fragilidade, porém queria cuidar e exercer o lado mais maduro da relação, indícios de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000).

Em todo o relato, a mãe demonstrou ter recursos psíquicos para transitar entre sua realidade interna e a externa, o que é necessário à capacidade para ter esperança (Motta, 2018). Houve resiliência, pois, ao despedaçar-se, Luana conseguia se refazer rapidamente, além de ressignificar a experiência, descrevendo a situação em um tom poético e leve. Ademais, Luana conseguia perceber a situação de forma integrada, reconhecendo aspectos positivos e negativos: *“é chorar, é rir, é tremer, é parar de respirar, é se sentir forte, fraca, tudo isso em um curto espaço de três segundos é planejar como você vai arrancar seu filho da incubadora e levar embora e depois se tranquilizar porque ele está na tal incubadora, é ter a oportunidade de ver se filho se formar ao vivo e a cores”*.

Assim, no relato de Luana, há traços de preocupação materna primária e a descrição da ruptura sentida por ela com o parto prematuro e internação do filho em UTI Neonatal. Além disso, pode ser visto que os recursos internos e o amparo recebido fizeram com que ela pudesse sustentar a identificação com Benjamin. Nesse sentido, manter-se identificada com o bebê prematuro internado em UTI Neonatal seria se apropriar do termo *“mãe de Neo”* para se referir a si mesma.

A *“mãe de Neo”*, representada nesse momento por três mães, nasceu de forma abrupta prematura, assim como seu bebê. Ela é permeada por medo e falta de tempo de viver a introspecção necessária para a função materna e construção de um espaço subjetivo para o filho, dadas a urgência do parto e imaturidade do filho. Giguier (2019) ressalta que a literatura psicanalítica traz a experiência do parto como uma vivência de desamparo dificilmente vivida pela mulher em outro contexto, o que é de especial intensidade para mães de bebês prematuro.

Ademais, a internação em UTI Neonatal pode representar uma ruptura na íntima relação mãe-bebê iniciada no útero, trazer sofrimento pelos riscos de morte e um luto pelo que não foi possível viver. Contudo, a hospitalização também pode ser permeada por expectativas positivas sobre poder se aproximar do filho.

Assim, apesar desses desafios enfrentados, é possível que a “*mãe de UTI Neo*” tenha desenvolvido traços de preocupação materna primária, possibilitados por condições anteriores de cuidado, que podem ser fortalecidos pelo amparo recebido durante o parto e hospitalização. Esses seriam fundamentais para que a mãe se aproximasse do filho, o reencontrasse e pudesse desempenhar seu papel de ego auxiliar, acreditando no potencial de vida do bebê, ou seja, tendo esperança de que ele pudesse se desenvolver.

5.2 O apoio recebido, o encontro humano na sustentação da esperança

Os relatos de Eliana, Jussara e Luana descreveram os encontros entre as mães e as profissionais da unidade, essenciais para a manutenção da esperança durante a internação dos bebês. As mães citaram nomes de membros da equipe multiprofissional e situações nas quais foram amparadas.

Eliana: *“Hoje, com 22 dias recebemos alta e um filme passa na cabeça, foram dias e noites de preocupação, angústia, mas Graças a Deus sempre tivemos muito carinho e atenção por parte de toda a equipe daqui. Não cuidaram somente dos meus filhos, mas de mim também, nem existem palavras para agradecer! Verdadeiros anjos! (desenhos de coração)”*

Sílvia com seu alto astral, colocando a criança pra mamar, Dra. Ana que transmite uma paz na sua voz e nos trazia o boletim diário. As fisioterapeutas, sempre muito atenciosas e cheias de carinho, Ana (fono) sempre ajudando na ‘mamá da tarde’, todos os pediatras que vinham examinar os pequenos. Enfim, toda a equipe de enfermagem que sempre me acolheu e cuidou dos meus ‘pacotinhos’ com todo amor.

O aprendizado que eu levo daqui é grande demais, valeu cada minuto aqui dentro; mesmo nos momentos mais difíceis, posso tirar muito aprendizado.

Vou levar muita coisa comigo, aprendi muito e conheci pessoas maravilhosas que pretendo levar para a vida toda.

Quero agradecer especialmente a Lúgia (psicóloga) que sempre me acompanhou, me ouviu e me deu suporte para aguentar firme. Pessoa especial que chegou no momento em que eu mais precisava de um ombro amigo.

Não vou citar mais nomes pra não deixar ninguém de fora; mas peço que Deus continue iluminando cada pessoa que aqui desempenha um trabalho”.

Eliana refletiu sobre sua trajetória junto aos filhos desde o nascimento, ela avaliou que além do cuidado recebido pelos bebês, também havia sido amparada: *“Não cuidaram somente dos meus filhos, mas de mim também, nem existem palavras para agradecer”*. O que é crucial, pois a mãe precisa de um ambiente que a apoie nesse período no qual se encontra identificada com a fragilidade do bebê, devido à preocupação materna primária.

A mãe citou as intervenções da equipe multidisciplinar com os bebês e a interação que teve com as profissionais: *“Sílvia com seu alto astral, colocando a criança pra mamar”*; *“As fisioterapeutas, sempre muito atenciosas e cheias de carinho”*; *“Ana (fono) sempre ajudando na ‘mamá da tarde’ ”*; *“todos os pediatras que vinham examinar os pequenos”*; *“toda a equipe de enfermagem que sempre me acolheu e cuidou dos meus ‘pacotinhos’ com todo amor”*. Eliana descreveu os cuidados necessários para o desenvolvimento dos prematuros, como no caso da estimulação para que conseguissem mamar e respirar. Isso ocorre porque, de acordo com a idade gestacional do nascimento, os bebês tendem a ter dificuldade para tais tarefas vitais. Nesse excerto, as palavras da mãe demonstraram que ela percebia a necessidade de auxílio e não encarava como invasão em sua relação com José e Diogo.

Após descrever as ações da equipe, a mãe diz: *“O aprendizado que eu levo daqui é grande demais, valeu cada minuto aqui dentro; mesmo nos momentos mais difíceis, posso tirar muito aprendizado. Vou levar muita coisa comigo, aprendi muito e conheci pessoas maravilhosas que pretendo levar para a vida toda”*. A partir desse trecho, pode-se inferir que o que recebeu da equipe possibilitou que a mãe conseguisse internalizar aspectos positivos da situação. Dessa maneira, parece haver uma relação entre acolhimento e percepção positiva da experiência, o cuidado recebido de *“pessoas maravilhosas”* em meio a condições adversas ressignificou a experiência fazendo com que *“valesse a pena”*.

Eliana também citou o apoio psicológico como algo que foi ao encontro de sua necessidade, *“no momento em que eu mais precisava”*, como ocorre na experiência de ilusão,

importante para a capacidade de esperança. Ademais, ela utilizou as expressões “*suporte para aguentar firme*” e “*ombro amigo*” para se referir ao acolhimento emocional, o que seria próximo a um cuidado físico muito relacionado ao conceito de *holding* nos estágios primitivos do desenvolvimento.

Por fim, apesar de citar alguns nomes na narrativa, a mãe disse que não gostaria de restringir o agradecimento apenas às pessoas mencionadas, denotando ter sentido o cuidado vindo de muitos profissionais.

Jussara: “*Agradeço de coração a todas desde os médicos, enfermeiras, equipe de limpeza, que deixam tudo limpinho, para o cuidado com nossos bebês e as outras mães que estão passando por isso também. Porque é uma dando força para a outra.*”

Agradeço a Lígia (psicóloga) pela atenção e preocupação com todas as mães e familiares.

Que Deus abençoe a todos. Muito obrigada.”

Jussara, ainda que com um relato mais curto, trouxe aspectos importantes: sua percepção de um cuidado amplo e o amparo entre as mães dos bebês internados.

Ela não considerou apenas as pessoas diretamente ligadas às intervenções com os pacientes, mas também os funcionários da higiene que contribuía para um ambiente limpo. Além disso, a mãe também se referiu ao atendimento psicológico oferecido não só a ela, mas a “*outras mães e familiares*”, o que denotou que ela percebeu um lugar de cuidado emocional. Assim, Jussara descreveu um ambiente de amparo nos detalhes, que não era dirigido apenas a algumas pessoas.

Além disso, Jussara mencionou outras mães que tinham seus filhos internados como fonte de suporte: “*Porque é uma dando força para a outra*”. Tal aspecto foi referido em estudos prévios, sendo que a esperança de mães de UTI Neonatal foi relacionada a esse apoio durante várias fases da internação (Rossman, Greene, & Meier, 2015).

A mãe também finaliza agradecendo e desejando bençãos a todos.

Luana: “*Depois de uma semana ou duas não me lembro bem, depois do susto passar e acalmar meu coração reparei que o ambiente da NEO é totalmente feminino, mulheres tomam conta do espaço e desfilam cuidados pelos setores.*”

Andares rápidos, olhares atentos, movimentos firmes para socorrer seus 'filhos', me deparei várias vezes com leões correndo para proteger a cria de outra leoa. Deixam seus filhos em casa e vem cuidar do meu.

As mãos delicadas tocam e cuidam do meu bebê e eu observo atenta e me apaixono por cada movimento, tento aprender e sonho o dia de chegar minha vez.

Helena entregou em meus braços o Benjamin pela primeira vez, sorriu e com seu jeitinho menina mulher me disse 'toma seu pacotinho'.

Ester compartilhou comigo do maior susto de toda minha vida, apneia, bips vermelhos, meu filho roxo sem respirar e ela corre feito leoa para ajudar a gente.

Lia mais tarde também me amparou em mais duas apneias, tivemos um final feliz.

Helena seguindo a tradição, colocou o Benjamin pela primeira vez no canguru, foi o momento em que sentimos nossos corpos nus coladinhos no mais puro e verdadeiro amor (...)

Camile, todos os dias às 11h, vem com seu sorriso rasgado e olhos azuis que miram dentro dos meus olhos e seu sotaque maravilho para pronunciar as mais belas palavras: SEM INTERCORRÊNCIAS. Ufa. Ana também pronuncia essas palavras e soa como a mais bonita música de amor.

Graça deu a melhor dica para ordenhar e me ajudou muito no projeto (em busca da ordenha perfeita).

Primeiro banho que dei no Benjamin, foi a Cléia que me ajudou, olhos atentos e generosos.

Silvia fez com que o Benjamin mamasse no meu peito, participou do nosso mais íntimo momento.

Tania, suspiros de admiração pelo trabalho dela, ela sabe o que a gente precisa sem a gente falar, muito organizada e correta, kit ordenha sempre prontinho e a camisola de fazer canguru sempre no lugar colhe exames como ninguém (...)

Lígia com seu sorriso vermelho vem sempre no momento certo perguntar se está tudo bem.

Edna tirou Benjamin da incubadora e colocou ele no bercinho, colocamos as roupinhas que ficaram grandes e lá foi ele nascer pela segunda vez. Me senti insegura chorei e ela me amparou tranquilizou com seu jeito divertido de ser.

Sonia me fez ir embora para casa à noite bem tranquila sabendo que ela cuidaria do meu bebê com muito carinho. (...)

São muitas mulheres que passam seus turnos com os bebês da NEO, mas algumas delas serão lembradas por toda a nossa vida.

Agradeço a todas, mas essas citadas acima ficaram para sempre guardadas no meu coração e do Benjamin, a mãe que eu serei terá cada pedacinho de você.

Obrigada do fundo da alma.”

A mãe começou a narrativa dizendo que após o primeiro momento de susto, “*uma ou duas semanas*”, pôde observar o ambiente. Inicialmente, ela estava fragilizada pelo nascimento repentino do filho e não conseguia refletir sobre seu entorno.

A primeira observação foi de que o ambiente da UTI Neonatal seria “*totalmente feminino*”. Tal aspecto é essencial na teoria winnicotiana, pois sem o elemento feminino não haveria *holding* e, então, haveria espaço para a agonia impensável de queda (Safra, 2004). Assim, Luana percebeu naquele ambiente o feminino, aquilo que seria essencial para o *holding* e possibilitaria o amadurecimento emocional.

A mãe de Benjamin continuou com uma descrição poética da UTI Neonatal quando disse: “*Andares rápidos, olhares atentos, movimentos firmes para socorrer seus ‘filhos’, me deparei várias vezes com leas correndo para proteger a cria de outra leoa*”. Ela narra os movimentos dinâmicos necessários ao ambiente intensivista, porém parece ter percebido o cuidado com tom maternal pelos termos utilizados. A mãe cita a forma na qual as técnicas de enfermagem costumam se referir aos pacientes que estão sob a responsabilidade delas no plantão: “*filhos*”. Luana ainda finalizou o excerto dizendo que as profissionais eram mães que deixavam os filhos em casa para cuidarem de seu bebê, ou seja, ela não viu algo mecânico, mas um cuidado provido por aquelas que também eram mães.

Luana seguiu falando de sua vontade em realizar os cuidados e da intermediação das técnicas para que ela pudesse ter maior contato com o filho. Desse último caso são exemplos:

a primeira vez que pôde segurar “*seu pacotinho*”, ficar com ele no canguru, amamentar e dar banho nele. A mãe pareceu ter sentido essa transição com delicadeza.

Luana descreveu apneias que o filho teve e como isso foi impactante para ela. A mãe descreveu que as profissionais compartilharam o momento com ela e a ampararam, ações semelhantes ao *estar com*, uma intervenção terapêutica que consiste em presenciar um sofrimento de forma a ajudar o paciente a lidar com ele (Safrá, 2004). Além disso, a mãe percebeu que a técnica em questão agiu como “leoa”, ou seja, percebeu não só um cuidado no aspecto emocional, mas uma ação na urgência demandada. Em outro trecho, Luana também referiu ter sido amparada por uma profissional - na ocasião Benjamin havia saído da incubadora e ido para o berço - quando a mãe ficou insegura em relação ao tamanho de seu bebê - “*as roupas eram maiores que ele*” - e escreveu: “*chorei e ela me amparou tranquilizou com seu jeito divertido de ser*”.

A mãe descreveu o boletim médico, no qual o quadro clínico do paciente é explicitado, também com emoções, como um encontro com outro ser humano, não apenas profissionais hospitalares. Ela descreve: “*Camile todos os dias às 11h vem com seu sorriso rasgado e olhos azuis que miram dentro dos meus olhos e seu sotaque maravilhoso para pronunciar as mais belas palavras: SEM INTERCORRÊNCIAS. Ufa. Ana também pronuncia essas palavras e soa como a mais bonita música de amor*”.

Luana narrou a conexão que tinha com a técnica de enfermagem Tânia, que sabe “*o que a gente precisa*”, e sobre o cuidado psicológico também “*quando a gente mais precisa*”. Importante notar que ela descreveu um cuidado que não desamparava, porém não invadia, pois ocorria quando necessário; características importantes ao ambiente suficientemente bom, o qual possibilita o amadurecimento e o sentimento de ilusão, cruciais para a capacidade de ter esperança.

Quando a mãe falou que Sonia a deixava tranquila, de forma que ela podia ir embora para dormir, havia confiança da mãe na profissional, pois ela conseguia descansar para continuar a jornada de “mãe de UTI Neo”. Giger (2019) em sua investigação discute que na internação de bebês prematuros o jogo de ausência e presença entre mãe e bebê ocorre antecipadamente, indicando o quanto pode ser sofrido para essas mães terem de que se afastar de seus filhos, pois, mais uma vez, elas viveriam uma ruptura prematura.

Luana também referiu que foram muitas mulheres que a ampararam, que ela percebeu um cuidado amplo e especial, pois disse que algumas delas ficarão para sempre em seu coração. Além disso, ela fala no texto que a mãe que será para Benjamin terá um pedacinho de cada mulher que cuidou dela e de seu bebê. Ou seja, com o cuidado introjetado ela pode amadurecer e cuidar ela própria do filho.

Apesar de ter sofrido com a ruptura da relação mãe-bebê, devido à internação do filho, Luana narra como foi vivendo os momentos de reconexão com Benjamin, os quais foram mediados pela equipe: “*Silvia fez com que o Benjamin mamasse no meu peito, participou do nosso mais íntimo momento*”. Nesse trecho, ela aponta a intervenção da profissional no momento de intimidade dela com seu bebê, não indicando que houve uma invasão na relação primordial entre eles.

Sobre o apoio recebido, as mães demonstraram terem se dado conta dele após o impacto da internação. Inicialmente, o cuidado foi apenas recebido e não foi necessária a reflexão sobre ele. Assim, como o bebê não sabe dos cuidados iniciais oferecidos a ele, só sente os efeitos da confiabilidade e posteriormente por meio das falhas, solucionadas de imediato, que tem então conhecimento da adaptação que ocorreu com sucesso (Winnicott, 1987/1990).

As mães referiram a ajuda das profissionais no contato delas com os filhos e o desejo de se aproximarem de seus bebês. Dessa maneira, oferecer à mãe a oportunidade para realizar os cuidados o quanto antes possível é uma estratégia necessária para que o sentimento de ruptura com o nascimento seja amenizado e a identificação dela com o filho seja mantida (preocupação materna primária). O apoio da equipe é crucial nesse sentido, pois é importante que os profissionais incentivem a inserção gradual da mãe nos cuidados com o bebê, com a especificidade de cada caso, para que ela se prepare para a alta hospitalar, quando estará sem a ajuda e monitoramento da equipe de UTI (Leão, Silva, & Lopes, 2017).

As mães demonstraram terem sentido um ambiente de apoio, referiram nomes de diversos profissionais, citando a relevância na trajetória delas, e o amparo entre as mães e da equipe para com os familiares. Nessa fase de identificação da mãe com filho, os cuidados indispensáveis que os bebês receberam da equipe parecem terem sido recebidos pelas mães como se fossem a elas próprias, na medida em que não foram descritos como invasão, mas como necessários. Isso vai ao encontro do que é trazido por Safra (2005): “Para que uma mulher possa dar condições a fim de que seu bebê seja humano, é preciso que ela própria

tenha o amparo necessário para realizar as funções maternas. O ambiente provedor é tudo que circunda o bebê: sua mãe, sua família, seu país, seu mundo” (p. 95).

O apoio da equipe para com as mães foi descrito muitas vezes como preciso, na medida em que se necessitava. Tal cuidado é consoante ao que Melanie Klein (1957/1991) postula sobre gratidão, que ocorreria quando se sente que foi recebido uma dádiva que se pretende guardar, também relacionada a vínculos de confiança. Nesse sentido, as mães chegam a citar que não esquecerão o que receberam e que as constituiria como mães.

O cuidado que é recebido permite a integração e a possibilidade de cuidar de si e do outro (Fulgêncio, 2016). Nesse caso, a sustentação do ambiente permitiu que as mães se sentissem integradas e assim pudessem cuidar dos filhos. Poderia também ser um paralelo com a generosidade que surge possibilitado pelo sentimento de gratidão pela nutrição recebida (Klein, 1957/1991).

Assim, o apoio oferecido pela equipe hospitalar às mães configurara um contexto no qual foi possível o estabelecimento de confiança, o que é essencial para que se possa acreditar que resultados positivos vão advir, ter esperança. Quando esse cuidado ocorre nos primórdios do desenvolvimento, acreditar em um cuidado superior também parece natural.

5.3 A fé, a esperança presente na religiosidade/espiritualidade

Em alguns trabalhos fé e esperança são usadas como intercambiáveis. Nesse sentido, Assis Junior (2009) discute que na obra de Winnicott, fé, crença e esperança seriam termos correlatos. Embora na literatura a esperança esteja implicada no uso do termo fé, nessa seção esse último termo é usado especificamente para se referir à manifestação da esperança no campo da religiosidade/espiritualidade. Ainda, é importante destacar que Winnicott critica aspectos da religião relacionados à rigidez e congelamento da espontaneidade, mas em sua obra há apontamentos na direção da espiritualidade como pertencente à terceira área da experiência e, assim, essencial para a saúde. Além disso, o autor aponta a crença em Deus como natural para aquele que recebeu cuidados suficientemente bons na infância; essa não seria algo do ensino religioso, mas da experiência (Winnicott 1963/1983).

Na direção do pensamento de Winnicott, optou-se por utilizar nessa categoria a junção dos termos religiosidade e espiritualidade como proposto por Cunha, Rossato e Scorsolini-Comin (2021) por tal terminologia favorecer o aspecto terapêutico de experiências e crenças

transcendentes que incluem ou não práticas religiosas nos contextos de saúde. Dessa forma, o uso dessa combinação não prioriza os embates epistemológicos quanto à definição dos conceitos, mas a promoção de um cuidado considerando a integralidade dos indivíduos, concepção também difundida pela OMS (1998).

Feitas estas considerações, os excertos retirados dos relatos de Ana, Eliana e Sofia descrevem momentos de amparo e confiança transcendentais.

Ana: “(...) neste percurso peguei infecção hospitalar e a tia Dra falou para a mamãe que ela podia me perder, graças a minha força e aos pedidos da mamãe para o Papai do Céu, eu reagi bem aos antibióticos”

No trecho, escrevendo como se fosse o filho narrando, Ana retratou a infecção hospitalar que fez com que José Miguel corresse risco de morte. A condição foi superada, segundo o relato, devido à força do bebê e a fé da mãe - “*pedidos ao Papai do Céu*”. É importante destacar que, no relato, a fé não funcionou como um pensamento mágico, pois não exclui a realidade de “*infecção hospitalar*” e a necessidade dos medicamentos “*antibióticos*”, porém foi crucial para o resultado positivo.

Ainda sobre o excerto, a figura divina aparece como a figura paternal, “*Papai do Céu*”, que ouviu as orações da mãe. Nesse sentido, “em algum lugar existe algo que faz sentido, ou alguém que compreende e responde à necessidade” (Dias, 2003, p. 178), perspectiva essencial para que se perceba o mundo como confiável e se tenha a capacidade de acreditar.

No curto trecho aparecem aspectos importantes da religiosidade/espiritualidade, pois foi apontada em um momento de risco de morte, como algo transcendente que oferecia *holding* a mãe.

Eliana: “Minha gravidez foi uma surpresa e tanto, pois tenho endometriose e sempre ouvi dos médicos que minha chance de engravidar era menor que 1% (...) A médica disse que eu iria sentir dor a vida toda à toa já que seria quase impossível engravidar. Porém, respondi que pra Deus esse menos que 1% era muito e só Ele saberia de tudo.

No início de 2018 fui fazer o exame Preventivo e uma médica da UBS me deixou desanimada ao dizer que meu problema de hipotireoidismo e minha idade (36 anos) juntamente com a endometriose me deixavam um tanto longe de meu sonho de ser mãe. Fiquei arrasada.

A partir de então fiz um propósito com Deus, não iria mais ficar pensando nisso e que fosse feita a sua vontade.

No dia 11/06/18, tive um pressentimento de que alguma coisa estava acontecendo comigo, mas não pensei em gravidez já que minha menstruação estava em dia, mesmo assim, no dia 15/06/18, fiz um teste de farmácia, (já tinha um dia de atraso na menstruação) e então deu positivo (...)

Foi a maior surpresa da minha vida, ou melhor, uma das maiores, porque a maior estava por vir.

Com 8 semanas fiz o primeiro ultrassom, e aí veio a surpresa que mudaria toda a história: “Dois bebês”, isso mesmo, gêmeos! Meus Deus, que mistura de sentimentos, medo, ansiedade, felicidade... tudo junto e misturado! Pra quem “não” poderia ter nenhum!!!

(...)

Hoje, com 22 dias recebemos alta e um filme passa na cabeça, foram dias e noites de preocupação, angústia, mas Graças a Deus sempre tivemos muito carinho e atenção por parte de toda a equipe daqui. Não cuidaram somente dos meus filhos, mas de mim também, nem existem palavras para agradecer! Verdadeiros anjos! (desenhos de coração)

(...) peço que Deus continue iluminando cada pessoa que aqui desempenha um trabalho

Obrigada (desenhos de coração).

‘Deus lhes pague por tudo!!!’

‘Pra Deus- que 1% é muito!’

‘O impossível

Ele pode realizar!’

Eliana

José e Diogo

Meus Milagres (desenhos de coração).”

Eliana iniciou pela história da sua gravidez, que era tida como quase impossível, “a chance seria menor que 1%”. Ela relatou os exames que confirmavam sua dificuldade em engravidar, por isso entregou a possibilidade de ser mãe a Deus, ou seja, ela confiou em uma

força superior que cuidaria de seu futuro: “*A partir de então fiz um propósito com Deus, não iria mais ficar pensando nisso e que fosse feita a sua vontade*”. Assim, quando ela disse que não ficaria pensando, a fé que depositou em Algo transcendente permitiu que ela não ficasse mais preocupada, “a confiança permitiu um estado de relaxamento” (Dias, 2003 p.191).

Dado o contexto, ela recebeu a notícia da gravidez e a vida dos filhos como milagres. Tal perspectiva que reconhece o amparo divino também permeia a vivência de Eliana na UTI Neonatal. A equipe é descrita por ela como “*verdadeiros anjos*”, que também cuidaram dela e não só de seus bebês.

Além disso, a religiosidade/espiritualidade não impediu que ela sentisse momentos de angústia e preocupação, dado o contexto da prematuridade dos bebês. Logo, a fé não foi algo que alienou Eliana da realidade e de seus sentimentos.

Por fim, tendo vivido a maternidade como uma dádiva transcendente, ela recorreu a esse campo para retribuir àqueles que cuidaram dela e dos filhos, pediu que Deus iluminasse as pessoas que trabalhavam ali.

Sofia: “*Foram dias cruéis... Dias de choro... Dias de angústia..., Mas dias que Deus nunca nos abandonou (...)*

Graças a Deus, ele me enviou pessoas maravilhosas... A equipe da Neo (...)

Deus acima de tudo e todos me deu forças... Foram vários sustos...

O GU ao sétimo dia teve uma parada cardíaca e cheguei bem na hora, e eu quase parei também... (desenho de carinha triste).

Mas mais uma vez Deus em tudo nos sustentou.

O Gu ficou entubado dois meses...

Pegou uma infecção no sangue...

Teve uma bronco displasia...

Várias quedas de saturação...

100% de FiO2...

Vários resíduos...

Nada fácil!!!

Mas agora ele está perto da alta (...)

Hoje o sentido da palavra ‘acreditar’ virou lema.

Confie em Deus, que nada, exatamente nada foge do controle do autor da vida... Jesus! (...)

Mas nunca vamos nos esquecer do que o Senhor fez por nós... E eu e o Gu vamos orar sempre pelos bebês da Neo...”

Sofia falou da intensidade do que viveu na UTI Neonatal, dias “*cruéis*”, “*de choro*” e de “*angústia*”. Ela seguiu relatando a parada cardíaca do filho e que seu coração quase teria parado também, uma situação de grande impacto, como uma agonia impensável, na qual ela referiu que se sentiu amparada por Deus, o que pode ter tirado a mãe dessa experiência de quase morte. No excerto, Sofia narra que apesar das condições adversas tinha para onde retornar e buscar forças, a capacidade de transitar entre vários sentidos da realidade é importante para a saúde (Dias, 2006).

Ainda no trecho da descrição da parada cardíaca, apareceu a identificação da mãe com seu filho, pois Sofia sentia como se vivesse o que o Gustavo passava. Em seguida, a mãe também citou as intercorrências que o filho viveu utilizando termos médicos (“*quedas de saturação*”, “*100% de FiO2*”, “*resíduos*”), comuns na preocupação médico primária, que pode ser uma forma de enfrentar os entraves à maternidade vividos no ambiente de UTI, se aproximar do filho e iniciar a preocupação materna primária. Como dito, esse estado é comum às mães que tem seus bebês internados em UTI.

Após descrever as várias intercorrências que Gustavo sofreu, em que Sofia se sentiu amparada por Deus, ela finaliza: “*Hoje o sentido da palavra ‘acreditar’ virou meu lema*”. Dessa maneira, ela teve repetidas experiências de necessidades atendidas, “*Deus nunca nos abandonou*” e “*Mas mais uma vez Deus em tudo nos sustentou*”, o que contribuem para o sentimento de confiabilidade. Ademais, quando ela diz que o sentido da palavra havia virado lema, pareceu se referir a uma experiência sentida como verdadeira.

Sofia seguiu dizendo que o controle de Deus existe em todas as circunstâncias na figura de Jesus. Assim, ela aconselhou sua interlocutora, possivelmente outra mãe com filho internado em UTI Neonatal, a confiar, pois haveria algo como um *holding* divino daquele que tudo conheceria, porque teria criado a vida.

O trecho é encerrado com Sofia dizendo que nunca se esqueceria do que “*o Senhor*” havia feito por eles e que intercederia pelos bebês que passassem pela mesma condição que Gustavo.

Nos relatos, a fé estava relacionada ao amparo e cuidado divino, lugar aonde se poderia retornar e descansar da dura realidade hospitalar. Além disso, a fé apareceu como crença em uma intervenção que operaria milagres no contexto de impotência e fragilidade da vida. Como descrito por Silva, Menezes, Cardoso e França (2016), a fé oferece suporte aos pais dos prematuros internados para as experiências vividas na UTI Neonatal, desde os sofrimentos com o risco de morte até a elaboração do luto quando os bebês não resistem.

As mães referiram pedidos de cura e orações por outros bebês internados. Consoante a isso, Vieira, Farias, Santos e Davim (2015) apontam em seu estudo sobre espiritualidade com mães de prematuros que a oração tem aspectos curativos para o estresse que as mães vivenciam durante a internação.

O apoio recebido pela equipe muitas vezes é descrito como relacionado ao cuidado divino, o que pode ser positivo por favorecer a confiança das mães nos profissionais. As mães tanto percebem a equipe como enviada por Deus, quanto pedem a Ele que os retribua, havendo, assim, uma intersecção entre gratidão e fé nos pedidos a Deus manifestada nos pedidos de benção à equipe.

Assim a religiosidade/espiritualidade parece oferecer a crença no *holding* divino e estar relacionada à esperança na saúde do filho (Vieira, Farias, Santos & Davim, 2015). Essa relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde é historicamente observada e está sendo foco de mais estudos, devido ao reconhecimento da OMS sobre a integralidade do cuidado (Cunha, Rossato, & Scorsolini-Comin, 2021), o que pode favorecer a humanização de ambientes intensivistas como a UTI Neonatal.

Outrossim, a religiosidade/espiritualidade estaria na área transicional, crucial para a saúde, na qual também estão a imaginação e o sonhar com o futuro.

5.4 Expectativas positivas, a marca da esperança

Nessa seção, foram analisados trechos dos relatos nos quais as mães falam sobre o que desejam viver com os filhos. Serão citados “sonhos acordados”, verbalizações sobre o futuro,

que são importantes para a integração da experiência no tempo. Nesse sentido, considerando que a capacidade de esperança marca a projeção de perspectivas em um transitar entre ilusão e desilusão (Motta, 2018). Abaixo estão trechos dos relatos de Alice, Luana e Sofia.

Alice: *“João, começou a crescer e engordar, foi extubado algumas vezes, mas sem sucesso, hoje dia 24/12, ele voltou para o tubo, pois está com uma infecção de urina, e não teve forças para respirar. Hoje ele pesa 1,955kg e tem 42 cm, é um arteiro rs.*

Seguimos na luta, confiante e com muita fé e já ele irá embora.”

Alice descreveu que o filho havia crescido e engordado, porém uma infecção urinária havia debilitado o bebê, razão de ele ter sido entubado novamente. Embora naquele momento João tivesse com o suporte respiratório, a mãe se referiu a alta como algo próximo: *“já ele irá embora”*. Ter tal perspectiva poderia ajudá-la a lidar mais uma vez com a frustração de o filho não ter conseguido respirar sem a ajuda invasiva do tubo e ter que iniciar novamente o processo progressivo de extubação, o que significava pelo menos mais algumas semanas de hospitalização. Ademais, Leão, Silva e Lopes (2017) pontuam que quando esses pacientes estão em risco, pensar na possibilidade de alta, mesmo que ela não esteja programada, ajuda os pais a se vincularem com o filho apesar do medo de perdê-lo.

Como explicitado na caracterização da díade obtida por meio do relato, a mãe já havia perdido o outro gemelar, Paulo, e estava com João internado há mais de três meses. Assim, também era necessário que Alice tivesse a visão de um futuro longe daquele contexto repleto de lembranças difíceis para que pudesse integrar as experiências do passado e presente.

Luana: *No dia da partida alguma dessas mulheres incríveis estará do meu lado e do meu marido Fernando nesse caminho até a porta, seguirá comigo e me libertará como um passarinho preso na gaiola e eu vou voar e ser mãe do lado de fora, ser mãe no mundo, a você ‘mulher’ meus mais sinceros agradecimentos por abrir a porta da minha gaiola.*

Enquanto isso espero tranquila nossa hora de partir, espero tranquila pelo nascimento do Benjamin pela terceira vez e espero ansiosa o meu momento de ser mãe lá fora e passar a nossa primeira noite em casa.”

Mais uma vez, Luana usou tom poético, dessa vez, para descrever o momento da alta: *“o caminho até a porta”*. A mãe já agradecia, naquele momento, a profissional que iria acompanhá-la e, *“ainda dentro da gaiola”*, imaginou os sentimentos que teria no momento de sua *“libertação”*, a partir da qual poderia viver a maternidade fora do ambiente intensivista do

hospital. Luana descreveu um movimento rumo à independência. Após o tempo em que ficou sob os cuidados da equipe, assim como o filho, ela seria acompanhada (dependência relativa) “*rumo a ser mãe do lado de fora, ser mãe no mundo*”. Há um lindo vislumbre de um lugar de liberdade em sua relação com Benjamin. Nesse sentido, mães de bebês prematuros podem esperar que em casa o vínculo com o filho, vivido durante a gestação, será retomado, uma vez que haverá maior intimidade e menos interferência (Leão, Silva, & Lopes, 2017).

As cenas imaginadas de alta e da primeira noite em casa oferecem tanto um sentimento de tranquilidade quanto de expectativa, o que é importante para suportar os momentos finais de internação.

Sofia: “*O Gu ficou entubado dois meses...*

Pegou uma infecção no sangue...

Teve uma bronco displasia...

Várias quedas de saturação...

100% de FiO2...

Vários resíduos...

Nada fácil!!!

Mas agora ele está perto da alta.

110 dias uuuuuuuhhhh... e semana que vem estamos em casa (...).

Agora estamos perto... A porta já está aberta... Agora consigo respirar... Me sinto livre para curtir a maternidade real...

Então deixo aqui minha história muito resumida, mas vou publicar um livro... Lá terão detalhes... (...)

Vamos voar... Rir... Brincar... Bagunçar.

Mas nunca vamos nos esquecer do que o Senhor fez por nós... E eu e o Gu vamos orar sempre pelos bebês da Neo...

Fui...

Fomos...

Partiu casa!”

Após citar várias complicações que o filho teve durante a internação, a mãe disse: “*mas agora está perto da alta*”. Em seguida, ela comemorou e disse que conseguia “*curtir*” a “*maternidade real*”, o que corrobora achados de que as mães com bebês na UTI Neonatal usam termos como “mães de UTI Neonatal” e “mães reais”, se diferenciando daquelas que tem total responsabilidade sobre os filhos (Rossman, Greene, & Meier, 2015). No excerto de Sofia, a possibilidade da alta, do futuro longe do hospital, a fazia se sentir verdadeiramente mãe, lhe dava uma possibilidade mais concreta de maternidade.

A mãe de Gustavo acrescentou que publicaria um livro e que faria com o filho orações pelos bebês que, como ele, passam pela UTI Neonatal. Ambas as ações podem ser possibilidades para que aquela experiência fosse ressignificada de maneira positiva, não sendo esquecida, mas compondo uma visão integrada de passado, presente e futuro. Nesse sentido, é importante que a mãe consiga elaborar e falar do que viveu, pois aquilo que marca o nascimento e os primeiros dias do bebê é necessário para que aquele sujeito compreenda a si e sua questão existencial (Safra, 2004). Dessa forma, para a saúde do filho, é essencial que a mãe consiga comunicar a ele sua história. Além disso, há no trecho a sinalização de que a elaboração do bebê imaginado diferente do bebê real vai além do tempo de internação, como discutem Zornig, Morsch & Braga (2004).

Ainda que o término da internação fosse na semana seguinte, a mãe já se despidia, sonhando acordada com a alta para casa: “*Fui...*”, “*Fomos...*”, “*Partiu casa!*”. Isso pode representar a ida para um lugar de regaste do vínculo mãe-bebê, como discutido.

O vislumbre de um tempo futuro, no qual as intercorrências, o risco de vida e a separação diária com o bebê passarão, é importante para que a mãe mantenha a esperança na continuidade da vida e se mantenha saudável, ainda que o filho esteja internado. Isso porque, aquilo que é vivido como algo que não tem fim é insuportável, uma das agonias impensáveis, daquelas que não se pode nomear.

Donelli, Henrich e Schaefer (2017) encontraram em seu estudo que, durante a internação, as mães tinham dificuldade de ter expectativas quanto ao futuro de seus filhos prematuros, possivelmente devido à incerteza sobre a saúde dos bebês. Contudo, no mesmo estudo, dados após a alta apontaram que as mães conseguiram visualizar com maior facilidade expectativas quanto aos filhos, apesar das marcas da hospitalização, como a superproteção do bebê e ênfase nas habilidades deles. Assim, pode ser que Alice, cujo filho ainda estava entubado, descreveu com menos detalhes o futuro, por ter mais dificuldade de vislumbrá-lo

pela condição clínica do bebê. Contudo, tanto Luana quanto Sofia, as quais estavam mais próximas da alta, apresentaram as expectativas de forma mais rica em detalhes.

No relato das mães, aprecem os termos relacionados à maternidade real e a ser mãe no mundo. Elas falam implicitamente de um sentimento de não poder viver a relação mãe-bebê de forma plena, o que é consoante com a literatura (Rossman, Greene, & Meier, 2015; Silva, Carvalho, Cunha, Santos, Costa, Pontes & Bisagni, 2017). Assim, o momento de alta também é visto como um resgate do vínculo e suporte para as invasões vividas ainda naquele momento.

A mãe de UTI Neonatal nasce numa situação de ruptura da relação primordial. Entretanto, sustentada pelo ambiente durante sua fragilidade e com as condições internas, ela pode sonhar com um futuro de restauração do vínculo, permitindo que seu caminhar, mesmo com percalços, seja esperançoso; o que é, por fim, o ideal para sua saúde e de seu bebê.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos relatos de mães de bebês prematuros do *Diário de pais de uma UTI Neonatal*, foram descritas as principais condições relacionadas à esperança. Inicialmente, a forma como a mãe adentrou o universo da maternidade em UTI Neonatal foi destacada, pois apesar da ruptura vivida pelo parto emergencial e a internação do filho, o nascimento da mãe de UTI Neonatal já era marcado pela identificação com o bebê, característica da preocupação materna primária, a qual é essencial para o exercício da função materna e crença no potencial do filho, mesmo em meio ao risco de morte e interferências na relação deles.

A identificação mãe-bebê pode ser favorecida por outra condição importante para a esperança que é o *holding* oferecido pelas pessoas que circulam o ambiente intensivista. Os relatos mostraram que a equipe hospitalar oferecia um cuidado na medida do necessário e possibilitava o reencontro da mãe com seu filho, tais ações favoreceram o desempenhar do papel materno e confiança que bons resultados poderiam advir.

O amparo também foi vivido na zona intermediária da experiência, na espiritualidade/religiosidade. A fé proporcionou a crença em um cuidado superior perante a vulnerabilidade dos bebês e descanso para o sofrimento vivido. Nessa área transicional, também, estavam os sonhos com a alta hospitalar, o momento longe daquelas interferências na relação primordial, em que as mães poderiam viver a maternidade real. Tal perspectiva de futuro favorecia a integração da experiência no tempo. Assim, a vivência de internação poderia ser encarada como algo que teria um fim e não como uma agonia infindável.

É possível que as mães que deixaram seus registros tenham melhores condições emocionais, uma vez que conseguiram colocar em palavras o ocorrido e demonstraram gratidão. Além disso, o atendimento psicológico oferecido pela instituição hospitalar também pode ter favorecido a elaboração da experiência e consequente escrita do relato.

Por fim, compreender as condições relacionadas à esperança para mães de bebês prematuros internados em UTI Neonatal é importante para que os profissionais desse ambiente, acostumados a termos médicos, não encarem essas vivências como fuga da realidade, mas processos necessários à saúde. Dessa maneira, os apontamentos feitos com os achados relacionados à esperança podem direcionar não só os atendimentos psicológicos no setor de UTI Neonatal, mas também o ambiente de cuidado oferecido, o que é imprescindível para a atenção integral à saúde das mães e dos bebês.

Outros estudos poderiam focar o potencial terapêutico do *Diário dos pais de uma UTI Neonatal* para a população que escreve, as mães dos bebês internados, e para a equipe que tem contato com o material escrito. Nesse sentido, a gratidão expressa no relato das mães poderia motivar esses profissionais que tem rotinas exaustivas de trabalho e circulam por ambientes de vida e morte.

REFERÊNCIAS

- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In: D. B. Wanderley (org). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador, BA: Ágalma.
- Almeida, A. C. D., Jesus, A. C. P. D., Lima, P. F. T., & Araújo, T. M. D. (2012). Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 86-94. doi: 10.1590/S1983-14472012000200013
- Alves, F. N., Azevedo, V. M. G. D. O., Moura, M. R. S., Ferreira, D. M. D. L. M., Araújo, C. G. A., Mendes-Rodrigues, C., & Wolkers, P. C. B. (2020). Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4509-4520. doi: 10.1590/1413-812320202511.29942018.
- Arianas, E. A., Rankin, K. M., Norr, K. F., & White-Traut, R. C. (2017). Maternal weight status and responsiveness to preterm infant behavioral cues during feeding. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 113. doi: 10.1186/s12884-017-1298-4
- Assis Junior, F. (2009). O desenvolvimento da capacidade de ter fé: um estudo do ponto de vista da psicanálise de D. W. Winnicott. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, Campinas. Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/230>
- Baldissarella, L., & Dell'Aglio, D. D. (2009). No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebês em uma uti neonatal. *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, 14(26), 68-89. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282009000100005
- Baltazar, D. V., Gomes, R. F. S., & Segal, V. L. (2014). Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista da SBPH*, 17(1), 88-98. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Beinum, A., van., Talbot, H., Hornby, L., Fortin, M. C., & Dhanani, S. (2019). Engaging family partners in deceased organ donation research—a reflection on one team's experience. *Canadian Journal of Anesthesia* 66(4), 406-413. doi: 10.1007/s12630-018-01287-3
- Cabeça, L. P. F., & Melo, L. D. L. (2020). Do desespero à esperança: enfrentamento de familiares de crianças hospitalizadas diante de notícias difíceis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (5), e20200340. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0340

- Cesar, F. F. (2021). *Prefiro Abraços*. Rio de Janeiro, RJ: Ventania Editorial.
- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16-25. doi: 10.1177/1937586715614171
- Costa, C. C., Tonete, V. L. P., & Parada, C. M. G. D. L. (2017). Conhecimentos e práticas de manuseio de incubadoras neonatais por profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(2), 174-180. doi: 10.1590/1982-0194201700027
- Chu, Q., Shen, D., He, L., Wang, H., Zhao, X., Chen, Z., ...& Zhang, W. (2017). Anesthetic management of cesarean section in cases of placenta accreta, with versus without abdominal aortic balloon occlusion: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 240. doi: 10.1186/s13063-017-1977-5
- Demirci, J. R., Happ, M. B., Bogen, D. L., Albrecht, S. A., & Cohen, S. M. (2015). Weighing worth against uncertain work: the interplay of exhaustion, ambiguity, hope and disappointment in mothers breastfeeding late preterm infants. *Maternal & Child Nutrition*, 11(1), 59-72. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00463.x
- Donelli, T. M., Henrich, S. M., & Schaefer, M. P. (2017). Vivências da maternidade e da relação mãe-bebê no primeiro ano de vida do bebê prematuro. *Barbarói*, 71-93. doi: 10.17058/barbaroi.v0i49.7376
- Cunha, V., Rossato, L., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: Tensões e potencialidades no campo da saúde. *Revista Relegens Thréskeia*, 10(1), 143-170. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/rt.v10i1.79730>
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Esteves, C. M., Anton, M. C., & A. P., Cesar. (2011). Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99. doi: 10.1590/S0103-56652011000200006
- Esteves, C. M. (2017). Contribuições da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade. (Tese de doutorado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/196951>
- Faria-Schützer, D. B. D., Surita, F. G., Alves, V. L. P., Bastos, R. A., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2021). Sete passos para o tratamento de dados qualitativos em pesquisa em saúde: a Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 265-274. doi: 10.1590/1413-81232020261.07622019
- Fernandes, P., P., & Silva, M., R. (2019). Função materna no contexto da prematuridade: uma revisão da literatura psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 25(1), 1-18. doi: 10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p1-18

- Freitas, A. L. L. P. da., & Lazzarini, E. R. (2020). Trauma e prematuridade: O que fazer diante do nascimento inesperado de um bebê? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 138-152. doi: 10.5433/2236-6407.2020v11n3p138
- Frigo, J., Zocche, D. A. A., Palavro, G. L., Turatti, L. A., Neves, E. T., & Schaefer, T. M. (2015). Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(1), 58-68. doi: 10.5902/2179769212900
- Gil, A. C. (1987). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4a ed.) São Paulo, SP: Atlas.
- Giguer, F. F. (2019). O vir-a-ser de bebês prematuros: uma travessia da UTI-Neonatal até a casa. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/207730#:~:text=Observou%2Dse%20que%20a%20experi%C3%Aancia,dos%20beb%C3%AAs%20por%20suas%20m%C3%AAs>.
- Gondim, S. M. G., & Bendassolli, P. F. (2014). Uma crítica da utilização da análise de conteúdo qualitativa em psicologia. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 191-199. doi: 10.1590/1413-737220530002
- Gomes, T. R. A., & Santos, A. F. O. (2020). A relação mãe-bebê prematuro na UTI neonatal: Um olhar Winnicottiano. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(2), e2422-e2422. doi: 10.25248/reas.e2422.2020 Recuperado de <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2422>
- Gomes, T. M. V., Soares, C. B., Silva, A. R. da., Ferreira, D. S., Silva, N. R. da., Sales, M. C., & Sousa, I. M. (2020) Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina-PI. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* 10(1), 69-76. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i1.2653
- Guedes, J. M., Conceição, S. L., & dos Santos Albergaria, T. F. (2018). Efeitos deletérios da ventilação mecânica invasiva em prematuros: revisão sistemática. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 8(1), 119-130. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v8i1.1772
- Ikonen, R., Paavilainen, E., & Kaunonen, M. (2016). Trying to live with pumping: Expressing milk for preterm or small for gestational age infants. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(2), 110-115. doi: 10.1097/NMC.0000000000000214
- Laviv, Y., Bayoumi, A., Mahadevan, A., Young, B., Boone, M., & Kasper, E. M. (2018). Meningiomas in pregnancy: timing of surgery and clinical outcomes as observed in 104 cases and establishment of a best management strategy. *Acta Neurochirurgica*, 160(8), 1521-1529. doi: 10.1007/s00701-017-3146-8
- Leão, L. C. D. S., Silva, L. R. D., & Lopes, R. D. C. S. (2017). Da UTI Neo para casa: vivências maternas na pré-alta do bebê prematuro. *Psicol. Estud.(Online)*, 153-164. doi: 10.4025/psicoestud.v22i2.33880

- Lima, N. M. A., & Pina, M. G. M. (2020). Práticas de aleitamento materno em crianças prematuras no âmbito domiciliar: revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 85847-85856. doi: 10.34117/bjdv6n11-125
- Lotto, C. R., & Linhares, M. B. M. (2018). Contato "pele a pele" na prevenção de dor em bebês prematuros: revisão sistemática da literatura. *Trends in Psychology*, 26(4), 1699-1713. doi: 10.9788/TP2018.4-01Pt
- Marciano, R. P. (2017). Representações maternas acerca do nascimento prematuro. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20(1), 143-164. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009
- Marciano, R. P., Evangelista, P. G., & Amaral, W. N. D. (2019). Grupo de mães em UTI neonatal: um espaço de escuta e intervenção precoce em psicanálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(2), 48-67. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300004&lng=pt&tlng=pt.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico. (3a ed.). Brasília : Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2018) *Método canguru : diretrizes do cuidado* Brasília : Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf
- McDonnell, B. P., & Martin, A. (2020). Delayed interval delivery of preterm multiples: experience from a large specialized twin center. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, Publicação eletrônica antecipada. doi: 10.1080/14767058.2020.1782375
- Miller, D., Gershater, M., Slutsky, R., Romero, R., & Gomez-Lopez, N. (2020). Maternal and fetal T cells in term pregnancy and preterm labor. *Cellular & Molecular Immunology*, 17, 693–704. doi: 10.1038/s41423-020-0471-2
- Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Monte, M. (2006). Vilarejo [Gravado por Marisa Monte In. *Infinito Particular* [CD]. Rio de Janeiro: Phonomotor Records.
- Morsch, D. S., & Braga, M. C. N. D. A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 624-636. doi: 10.1590/S1415-47142007000400005

- Motta, I. F. da. (2018). A capacidade para esperança. In Motta, I. F. da., Rosal, A. S. R. de, & Silva, C. Y. G. da (Orgs). *Psicologia: relações com o contemporâneo* (pp.303-312). São Paulo, SP: Ideias & Letras.
- O'Driscoll, D. N., McGovern, M., Greene, C. M., & Molloy, E. J. (2018). Gender disparities in preterm neonatal outcomes. *Acta Paediatrica*, 107(9), 1494-1499. doi: 10.1111/apa.14390
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Recuperado de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Preterm Birth*. Recuperado de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- Ost, M. S. S., Jesus, T. R. V., Israel, A. P., & de Souza, P. A. (2020). Prevalência de doenças respiratórias em recém-nascidos internados em um hospital da Serra Catarinense. *Research, Society and Development*, 9(7), e766974850-e766974850. doi: 10.33448/rsd-v9i7.4850
- Penha, S. C., Rebouças, N. P., Meireles, A. V. P., Carioca, A. A. F., Pinto, M. S., & Carvalho, N. S. de. (2019). Fatores de risco maternos associados à prematuridade em uma maternidade- escola. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 18(2). 43-51. doi: 10.36925/sanare.v18i2.1373
- Pergher, D. N. Q., Cardoso, C. L., & Jacob, A. V. (2014). Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. *Estilos da Clínica*, 19(1), 40-56. doi: 10.11606/issn.1981-1624.v19i1p40-56
- Petit, A. -C., Eutrope, J., Thierry, A., Bednarek, N., Aupetit, L., Saad, S., & Rolland, A. C. (2016). Mother's emotional and posttraumatic reactions after a preterm birth: the mother-infant interaction is at stake 12 months after birth. *PloS One*, 11(3), e0151091. doi: 10.1371/journal.pone.0151091.
- Reichert, A. P. D. S., Soares, A. R., Bezerra, I. C. D. S., Dias, T. K. C., Guedes, A. T. A., & Vieira, D. D. S. (2020). Vivência materna com o Método Canguru no domicílio. *REME Revista Mineira de Enfermagem* 24, e1295. doi: /10.5935/1415-2762.2020002 e-1295.
- Rossmann, B., Greene, M. M., & Meier, P. P. (2015). The role of peer support in the development of maternal identity for "NICU moms". *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 3-16. doi: 10.1111/1552-6909.12527
- Ruivo, B. A. R. A. , Bastos, J. P. C., Figueiredo, A. M. Jr., Silva, J. C. S., Costa, E. G. S., Pereira, D. Q,... Pinheiro, E. P. S. (2020). A importância do tempo para o clameamento do cordão umbilical para o recém-nascido: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 4, e5220. doi: 10.25248/reaenf.e5220.2020
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silva, M. E. L. (Org.). *Investigação e psicanálise*. Campinas, SP: Papirus.

- Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Safra, G. (2013). Disponibilidades para a realidade psíquica não sensorial: fé, esperança e caritas. *Ide*, 36(56), 91-104.
- Santos, R. J. D. (2018). *Prematuridade no Brasil: um estudo epidemiológico no período de 2007 a 2016* (Trabalho de conclusão de curso). Recuperado de <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/28884#:~:text=Resultados%3A%20No%20per%20C3%ADodo%20entre%202007,prematuridade%20no%20pa%20C3%ADs%20e%20estados>.
- Silva, S. G. D. (2016). Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. *Psicologia Clínica*, 28(2), 29-54. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Silva, R. M. M., Menezes, C. C. S., Cardoso, L. L., & França, A. F. O. (2016). Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2), 2258-2270. doi: 10.19175/recom.v6i2.940
- Silva, A. C. B. da., Carvalho, A. P. F., Cunha, G. F. O. da., Santos, T. F. T. dos., Costa, C. C. P. da., Pontes, A. P. M. de., & Bisagni, C. (2017). Ser mãe de recém-nascido prematuro internado em UTI Neonatal. *Revista Presença*, 3(9), 14-35. Recuperado de: <http://revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/116>
- Soares, F. M. D. P. (2018). Interferências traumáticas da internação na UTI neonatal na capacidade de maternagem: contribuições winnicottianas a partir do conceito de Preocupação Materna Primária. *Natureza humana*, 20(2), 71-79. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302018000200006&lng=pt&tlng=pt
- Tian, S. F., Wang, H. M., & Deng, J. K. (2018). Fatal malignant pertussis with hyperleukocytosis in a Chinese infant: A case report and literature review. *Medicine*, 97(17), e0549. doi: 10.1097/MD.00000000000010549
- Vasconcellos, A. (2019). *O bebê, o psicanalista e a UTI neonatal: intervenção e transmissão em psicanálise*. Vitória, ES: Causa.
- Værland, I. E., Vevatne, K., & Brinchmann, B. S. (2016). An Integrative Review of Mothers' Experiences of Preeclampsia. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(3), 300-307. doi: 10.1016/j.jogn.2016.02.006
- Veloso, Z. L. (2018). Todo homem [Gravado por Zeca Veloso, Caetano Veloso & Moreno Veloso]. In. *Ofertório* [CD]. São Paulo: Universal Music Brazil.
- Viana, D. C. (1989). Oceano. In. Djavan [LP]. São Paulo: Columbia Records.

- Vieira, J. M. F., Farias, M. F., dos Santos, J. L., Davim, R. M. B., & Silva, R. A. R. da. (2015). Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3206-3215. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4
- Vonderheid, S. C., Rankin, K., Norr, K., Vasa, R., Hill, S., & White-Traut, R. (2016). Health care use outcomes of an integrated hospital-to-home mother-preterm infant intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(5), 625-638. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217516302283>
- Wei, Y., Wang, Y., Yao, Q., Zhou, L., & Fu, P. (2019). Successful management of twin pregnancy in a woman with advanced chronic kidney disease: A case report. *Medicine*, 98(33), e16840. doi: 10.1097/MD.00000000000016840
- White-Traut, R. C., Rankin, K. M., Yoder, J., Zawacki, L., Campbell, S., Kavanaugh, K., ... Norr, K. F. (2018). Relationship between mother-infant mutual dyadic responsiveness and premature infant development as measured by the Bayley III at 6 weeks corrected age. *Early Human Development*, 121, 21-26. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2018.04.018
- Whitelaw, A., & Sleath, K. (1985). Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *Lancet (London, England)*, 1(8439), 1206-1208. doi:10.1016/s0140-6736(85)92877-6
- Winnicott, D. W. (1975). A localização da experiência cultural. In Winnicott, D. W., *O Brincar e a Realidade* (Jose Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre, trad., pp.152-164). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1982). O bebê como organização em marcha. In *A criança e seu mundo* (Álvaro Cabral, trad., pp.26-30). Rio de Janeiro, RJ: Livros Técnicos e Científicos Editora. (Trabalho originalmente publicado em 1949).
- Winnicott, D. W. (1990). O gesto espontâneo. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas* (Davy Bogomoletz, trad., pp. 277-287). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1947)
- Winnicott, D. W. (2000). Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas* (Davy Bogomoletz, trad., pp. 249-276). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1949)
- Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas* (Davy Bogomoletz, trad., pp. 316-331). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas* (Davy Bogomoletz, trad., pp. 305-315). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1952)

- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas* (Davy Bogomoletz, trad., pp. 399-405). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2012). Crianças e suas mães. In D. W. Winnicott, *Privação e Delinquência* (Álvaro Cabral, trad, pp. 11-18). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1940).
- Winnicott, D. W. (2012). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (Jefferson Luiz Camargo, trad., pp. 61-71). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1957).
- Winnicott, D. W. (2012). O recém-nascido e sua mãe. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (Jefferson Luiz Camargo, trad., pp. 29- 42). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (2012a). A amamentação como forma de comunicação. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (Jefferson Luiz Camargo, trad., pp. 19- 27). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (2012b). O ambiente saudável na infância. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (Jefferson Luiz Camargo, trad., pp. 29- 42). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (2012). A dependência nos cuidados infantis. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (Jefferson Luiz Camargo, trad., pp. 73- 78). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1970).
- Winnicott, D. W. (2013). O primeiro ano da vida: Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D.W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (Marcelo Brandão Cipolla, trad., pp. 3-20). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (2013). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In D.W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (Marcelo Brandão Cipolla, trad., pp. 21-28). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1960).

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética do IPUSP

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Esperança materna primária: histórias de mães de NEO

Pesquisador: Lígia Barboza Moreira **Área**

Temática:

Versão: 2

CAAE: 38733620.8.0000.5561

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.463.246

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado da autora no Departamento de Psicologia Clínica, sendo um estudo qualitativo, exploratório e documental. Assim, objetiva propiciar reflexões, observações e interpretações, a partir dos dados sob os mais variados aspectos e pretende utilizar documentos, fontes que não receberam tratamento analítico. Será feita a utilização do relato escrito pelas mães no Diário de pais da UTI Neonatal do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, que é coparticipante da pesquisa com o nome de SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o Objetivo Primário é:

"O presente estudo objetiva investigar a esperança de mães que tiveram seus bebês internados em uma UTI Neonatal do interior paulista. Isto é, como apesar de condições adversas as mães acreditam em seu potencial de vida, ou seja, que apesar das circunstâncias difíceis resultados positivos podem advir. E para isso utilizará os relatos que essas mães deixaram em um caderno presente na unidade intitulado O diário dos pais de uma UTI Neonatal".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, quanto aos

Riscos: "A probabilidade de dano como consequência do estudo é baixa, de possível desconforto ou

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Parecer: Não há benefício direto aos participantes ao

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Esperança materna primária: histórias de mães de NEO

Pesquisador: Lígia Barboza Moreira **Área**

Temática:

Versão: 2

CAAE: 38733620.8.0000.5561

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.463.246

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado da autora no Departamento de Psicologia Clínica, sendo um estudo qualitativo, exploratório e documental. Assim, objetiva propiciar reflexões, observações e interpretações, a partir dos dados sob os mais variados aspectos e pretende utilizar documentos, fontes que não receberam tratamento analítico. Será feita a utilização do relato escrito pelas mães no Diário de pais da UTI Neonatal do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, que é coparticipante da pesquisa com o nome de SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o Objetivo Primário é:

"O presente estudo objetiva investigar a esperança de mães que tiveram seus bebês internados em uma UTI Neonatal do interior paulista. Isto é, como apesar de condições adversas as mães acreditam em seu potencial de vida, ou seja, que apesar das circunstâncias difíceis resultados positivos podem advir. E para isso utilizará os relatos que essas mães deixaram em um caderno presente na unidade intitulado O diário dos pais de uma UTI Neonatal".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, quanto aos

Riscos: "A probabilidade de dano como consequência do estudo é baixa, de possível desconforto ou

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Parecer: Não há benefício direto aos participantes ao

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Esperança materna primária: histórias de mães de NEO

Pesquisador: Lígia Barboza Moreira **Área**

Temática:

Versão: 2

CAAE: 38733620.8.0000.5561

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.463.246

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado da autora no Departamento de Psicologia Clínica, sendo um estudo qualitativo, exploratório e documental. Assim, objetiva propiciar reflexões, observações e interpretações, a partir dos dados sob os mais variados aspectos e pretende utilizar documentos, fontes que não receberam tratamento analítico. Será feita a utilização do relato escrito pelas mães no Diário de pais da UTI Neonatal do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, que é coparticipante da pesquisa com o nome de SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o Objetivo Primário é:

"O presente estudo objetiva investigar a esperança de mães que tiveram seus bebês internados em uma UTI Neonatal do interior paulista. Isto é, como apesar de condições adversas as mães acreditam em seu potencial de vida, ou seja, que apesar das circunstâncias difíceis resultados positivos podem advir. E para isso utilizará os relatos que essas mães deixaram em um caderno presente na unidade intitulado O diário dos pais de uma UTI Neonatal".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, quanto aos

Riscos: "A probabilidade de dano como consequência do estudo é baixa, de possível desconforto ou

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Parecer: Não há benefício direto aos participantes ao

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Esperança materna primária: histórias de mães de NEO

Pesquisador: Lígia Barboza Moreira **Área**

Temática:

Versão: 2

CAAE: 38733620.8.0000.5561

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.463.246

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado da autora no Departamento de Psicologia Clínica, sendo um estudo qualitativo, exploratório e documental. Assim, objetiva propiciar reflexões, observações e interpretações, a partir dos dados sob os mais variados aspectos e pretende utilizar documentos, fontes que não receberam tratamento analítico. Será feita a utilização do relato escrito pelas mães no Diário de pais da UTI Neonatal do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, que é coparticipante da pesquisa com o nome de SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o Objetivo Primário é:

"O presente estudo objetiva investigar a esperança de mães que tiveram seus bebês internados em uma UTI Neonatal do interior paulista. Isto é, como apesar de condições adversas as mães acreditam em seu potencial de vida, ou seja, que apesar das circunstâncias difíceis resultados positivos podem advir. E para isso utilizará os relatos que essas mães deixaram em um caderno presente na unidade intitulado O diário dos pais de uma UTI Neonatal".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, quanto aos

Riscos: "A probabilidade de dano como consequência do estudo é baixa, de possível desconforto ou

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Parecer: Não há benefício direto aos participantes ao

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética do Hospital Municipal “Dr. José de Carvalho Florence”

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Esperança materna primária: histórias de mães de NEO

Pesquisador: Lígia Barboza Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38733620.8.3001.5451

Instituição Proponente: SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.537.796

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Palavra-chave

O avanço tecnológico da medicina permitiu que bebês ainda imaturos sobrevivessem fora do ambiente uterino. Porém, os equipamentos e procedimentos médicos empregados no suporte à vida neonatal acabam por restringir o cuidado oferecido pela mãe ao seu bebê, aspecto importante para o desenvolvimento psíquico do recém-nascido. Sobre a diáde mãe-bebê, o pediatra e psicanalista Winnicott (1956/2000) estabelece que a mãe desenvolve uma identificação com o filho, por meio da qual, ela percebe e antecipa as necessidades dele. Em meio ao impactante ambiente intensivista neonatal e ao estado materno pós-parto, a mãe enfrenta o desafio singular de encarar a fragilidade de seu bebê prematuro. Tal contexto exige que a mãe acesse seus recursos internos provindos de cuidados ambientais anteriores para acreditar que ela e seu bebê poderão superar essas condições adversas, confiando em seu potencial de vida. Dessa maneira, o presente estudo objetiva investigar por meio de relatos de um diário de UTI Neonatal a presença da esperança em mães de bebês prematuros.

Introdução:

O avanço tecnológico da medicina propiciou que bebês nascidos ainda imaturos para viver fora do ambiente uterino sobrevivessem. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o bebê prematuro

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800

Bairro: Vila Industrial

CEP: 12.220-280

UF: SP

Município: SAO JOSE DOS CAMPOS

Telefone: (12)3901-3493

Fax: (12)3901-3945

E-mail: cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

como aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação, e estima que nasce cerca de 15 milhões de prematuros a cada ano, o que seria mais de um em cada 10 nascidos. O documento Born To Soon (OMS, 2012), relatório de ação global para a prematuridade, conclui que essa taxa vem aumentando. Isso é preocupante em termos de saúde pública, uma vez que a prematuridade nos últimos anos foi a maior causa de morte nos primeiros cinco anos de vida no mundo, sem distinção de classe social. Santos (2018), analisando dados do Brasil de 2007 a 2016, concluiu que houve um aumento significativo da taxa de prematuridade em todo o país. O nascimento prematuro significa uma interrupção no desenvolvimento intrauterino, fazendo com que o bebê tenha o desafio de amadurecer fora daquele ambiente ideal para sua maturação. Diante desse quadro, os recém-nascidos podem ser expostos a vários procedimentos invasivos como intubação, aspiração endotraqueal, coleta de exames e injeções de medicamentos para favorecer o amadurecimento de seu sistema respiratório e cardíaco (Guedes, Conceição, & Santos Albergaria, 2018; Lotto, & Linhares, 2018.). Além disso, esses recém-nascidos ficam em incubadoras, as quais têm a função de prevenir hipotermia, controlar a umidade do ar e proteger contra agentes contaminantes (Costa, Tonete & Parada, 2017). Contudo, as incubadoras limitam o contato físico que os bebês podem ter com suas mães. Assim, levando em consideração que não há separação entre o corpo e o psíquico, o nascimento pré-termo coloca em vulnerabilidade a constituição psíquica daquele sujeito que nasceu imaturo, situação agravada pela necessidade de cuidados mais invasivos em UTI neonatal (Vasconcellos, 2019). Dadas as intervenções necessárias e a privação de contato com a mãe no início da vida, o ambiente de UTI neonatal é potencialmente traumático (Morsch, & Braga, 2007). Winnicott (1952/2000), conhecido por tirar o enfoque da análise psicológica do triângulo edípico para o bebê no colo da mãe, salienta que a base para a saúde mental é dada pela mãe desde a concepção. A partir dessa relação recíproca, iniciada na concepção, seria constituído o psiquismo do bebê, seu mundo interno, seu interior e seu self (Silva, 2016). No final da gestação e início da vida do bebê, a mãe teria o que seria chamado por Winnicott (1956/2000) de "preocupação materna primária", que seria marcada pela identificação da mãe com seu filho, a ponto dela perceber e antecipar necessidades do bebê, o que corrobora outro pressuposto do autor de que o "bebê não existe sozinho". Nesse sentido, a mãe com a preocupação materna primária vai ao encontro do bebê, que necessita dela para existir nessa fase de dependência absoluta. Winnicott (1945/2000) descreve a mãe como vitalmente importante na proteção do infante contra complicações das quais ele ainda não tem ciência, oferecendo ao bebê um pequeno pedaço simplificado do mundo, que por meio dela é possível ele conhecer. O papel do pai, para o autor, seria de dar sustentação à mãe, para que ela consiga se entregar a

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800
Bairro: Vila Industrial **CEP:** 12.220-280
UF: SP **Município:** SAO JOSE DOS CAMPOS
Telefone: (12)3901-3493 **Fax:** (12)3901-3945 **E-mail:** cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

preocupação materna primária e se dedicar ao filho (Winnicott, 1956/2000). Assim, o pai protegeria a díade mãe-bebê de interferências e preocupações externas. No entanto, no caso da prematuridade, muitas vezes aqueles pais não tiveram tempo de preparar-se psicologicamente para a chegada do filho e da maternidade/paternidade, como ressaltam Morsch e Braga (2007). Isso porque, enquanto o bebê é gerado no útero, os pais passam por mobilizações psíquicas necessárias para assumirem o papel de pai e mãe. Tal mudança perpassa diversas áreas da vida do casal, processos individuais e do sistema familiar, desde a conjugalidade a questões mais práticas como orçamento e rotina de trabalho. A separação brusca pós-parto, intervenções e equipamentos médicos e ambiente intensivista de UTI neonatal podem provocar o desencontro entre mãe e bebê (Morsch & Braga, 2007). Pergher, Cardoso, e Jacob (2014) referem que a internação em UTI Neonatal rompe a íntima relação entre mãe e bebê. É comum que após o nascimento dos filhos, as mães experimentem sentimento de culpa pelo nascimento pré-termo, separação precoce e risco de morte do recém-nascido, que possui saúde frágil (Esteves, 2017). Por isso, Petit, Eutrope, Thierry, Bednarek, Aupetit, Saad, e Rolland (2016) ressaltam que a mãe deve ser assistida após o nascimento prematuro de seu filho, uma vez que há grande risco de que ela desenvolva ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Assim, o nascimento prematuro traz para a mãe várias questões a serem elaboradas: o parto muitas vezes traumático, o bebê imaginado muito distante do real, a separação do filho, a internação e o risco de morte do recém-nascido. Nesse contexto adverso, para que haja o desenvolvimento psíquico do bebê, é esperado que a mãe se identifique com ele, que nesse caso implicaria também em identificar-se com a fragilidade. Nesse sentido, a fim de que a mãe possa prover condições para o desenvolvimento psíquico do filho, suporte essas condições adversas, é importante que ela tenha esperança. Motta (2018) considera que a esperança seria uma capacidade de erigir uma vida singular que tem valor de ser vivida, mesmo diante das inevitáveis adversidades da vida humana. A autora destaca que a capacidade para ter esperança seria fruto de bons cuidados recebidos desde a mais terna infância que dotaram o sujeito inicialmente da experiência ilusória de que seria possível criar o mundo. Com esse alicerce inicial, seria enfrentar a dura realidade hospitalar, de modo que ela sustente o lugar de sujeito do filho e promova as condições para que ele se desenvolva. Além disso, dada a condição de identificação proporcionada pela preocupação materna primária, esse estado que Winnicott compara como loucura, acreditar em seu potencial gerador de vida, ou seja, ter esperança, poderia implicar também em acreditar no potencial do filho.

Metodologia Proposta:

A metodologia do presente estudo é qualitativa, exploratório e documental. Assim, objetiva propiciar reflexões, observações e interpretações, a partir dos dados sob os mais variados

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800

Bairro: Vila Industrial

CEP: 12.220-280

UF: SP

Município: SAO JOSE DOS CAMPOS

Telefone: (12)3901-3493

Fax: (12)3901-3945

E-mail: cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

HOSPITAL MUNICIPAL "DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

aspectos e pretende utilizar documentos e fontes que não receberam tratamento analítico (Gil, 1987). A metodologia qualitativa tende a ser mais flexível e pode investigar em detalhe o fenômeno estudado, aprofundando os significados das ações e relações humanas, que não poderiam ser verificados por meio de estatísticas (Minayo, 2002). A partir da autorização do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence e do Comitê de Ética em Pesquisa correspondente, as mães que tiveram seus bebês prematuros internados na UTI Neonatal nessa unidade e escreveram relatos no Diário dos Pais de Neo serão convidadas a participar da pesquisa por meio da disponibilização de seus relatos. Abaixo estão caracterizados o livro e o convite às mães para participar da pesquisa. - O diário dos pais de uma UTI Neonatal. Esse foi criado pela comissão de humanização do hospital no ano de 2017, juntamente com a equipe de psicologia, sendo composto atualmente por vinte relatos. O livro, que fica disponível na unidade está em constante construção e é oferecido às mães a possibilidade de tanto lerem as histórias já escritas quanto escreverem as suas. Os critérios de inclusão do relato no estudo serão: se o texto foi escrito por uma mãe de bebê prematuro internado na unidade e se o texto é legível. - O contato e consentimento das mães: devido ao contexto de pandemia de Covid-19 e ao fato de bebês prematuros comporem o grupo de risco da doença, no primeiro momento, não será realizado contato pessoal com as mães para não colocar a família em risco de contaminação. É possível identificar a pessoa que escreveu o relato, pois as mães deixaram registrado seu nome, o do bebê e a data. Assim, por meio do banco de dados do hospital, será localizado o contato telefônico da mãe. O contato inicial será feito por telefone, quando será explicado os objetivos e métodos da pesquisa, oferecendo a possível participante tempo para que decida sobre a disponibilização ou não do relato. Em seguida, a mãe participante receberá pelo aplicativo Whatsapp ou e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém detalhes da pesquisa e informações necessárias para sua participação. Ela poderá consentir por meio de mensagem de texto ou de voz. O TCLE físico será entregue e assinado, assim que os órgãos de saúde responsáveis sinalizem que a flexibilização do contato com a população de risco para o Covid-19. O TCLE (ANEXO I) assegura o sigilo de suas identidades e esclarece o fato de que elas não terão benefício ou prejuízo no tratamento do filho, que possivelmente ainda é acompanhado por profissionais da instituição em contexto ambulatorial ou que poderá ser internado novamente no hospital. Após a permissão para o uso dos relatos, aqueles que tiverem o consentimento de suas autoras serão sistematizados e analisados à luz da teoria de Winnicott com o intuito de extrair as principais elaborações sobre a relação inicial mãe-bebê e esperança. A fim de preservar a privacidade dos participantes, dados que possam identificar as mães ou seus filhos, como data de

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800
Bairro: Vila Industrial **CEP:** 12.220-280
UF: SP **Município:** SAO JOSE DOS CAMPOS
Telefone: (12)3901-3493 **Fax:** (12)3901-3945 **E-mail:** cep.hmjc@hmjc.spdm.org.br

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

nascimento e nome serão modificados pela pesquisadora, que será a única a ter acesso a esses dados com a finalidade dessa pesquisa.

Critério de Inclusão:

A partir da autorização do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence e do Comitê de Ética em Pesquisa, as mães que tiveram seus bebês prematuros internados na UTI Neonatal nessa unidade e escreveram relatos legíveis no Diário dos Pais de Neo serão convidadas a participar da pesquisa por meio da disponibilização de seus relatos

Hipótese:

A principal hipótese do estudo é que as mães de bebês prematuros apresentaram em seus relatos esperança, ou seja, encontraram resultados positivos ainda que em meio a condição de prematuridade e internação em UTI Neonatal.

Método

A metodologia do presente estudo é qualitativo, exploratório e documental. Assim, objetiva propiciar reflexões, observações e interpretações, a partir dos dados sob os mais variados aspectos e pretende utilizar documentos e fontes que não receberam tratamento analítico (Gil, 1987). A metodologia qualitativa tende a ser mais flexível e pode investigar em detalhe o fenômeno estudado, aprofundando os significados das ações e relações humanas, que não poderiam ser verificados por meio de estatísticas (Minayo, 2002). A partir da autorização do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence e do Comitê de Ética em Pesquisa correspondente a pesquisa será iniciada. As mães que tiveram seus bebês prematuros internados na UTI Neonatal nessa unidade e escreveram relatos no Diário dos Pais de Neo serão convidadas a participar da pesquisa por meio da disponibilização de seus relatos. Abaixo estão caracterizados o livro e o convite às mães para participar da pesquisa.

- O diário dos pais de uma UTI Neonatal. Esse foi criado pela comissão de humanização do hospital no ano de 2017, juntamente com a equipe de psicologia, sendo composto atualmente por vinte relatos. O livro, que fica disponível na unidade está em constante construção e é oferecido às mães a possibilidade de tanto lerem as histórias já escritas quanto escreverem as suas. Os critérios de inclusão do relato no estudo serão: se o texto foi escrito por uma mãe de bebê prematuro internado na unidade e se o texto é legível.
- O contato e consentimento das mães: devido ao contexto de pandemia de Covid-19 e ao fato de bebês prematuros comporem o grupo de risco da doença, no primeiro momento, não será realizado contato pessoal com as mães para não colocar a família em risco de contaminação. É possível identificar a pessoa que escreveu o relato, pois as mães deixaram registrado seu nome, o

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800

Bairro: Vila Industrial

CEP: 12.220-280

UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Telefone: (12)3901-3493

Fax: (12)3901-3945

E-mail: cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

do bebê e a data. Assim, por meio do banco de dados do hospital, será localizado o contato telefônico da mãe. O contato inicial será feito por telefone, quando será explicado os objetivos e métodos da pesquisa, oferecendo a possível participante tempo para que decida sobre a disponibilização ou não do relato. Em seguida, a mãe participante receberá pelo aplicativo Whatsapp ou e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém detalhes da pesquisa e informações necessárias para sua participação. Ela poderá consentir por meio de mensagem de texto ou de voz. O TCLE físico será entregue e assinado, assim que os órgãos de saúde responsáveis sinalizem que a flexibilização do contato com a população de risco para o Covid-19.

O TCLE (ANEXO I) assegura o sigilo de suas identidades e esclarece o fato de que elas não terão benefício ou prejuízo no tratamento do filho, que possivelmente ainda é acompanhado por profissionais da instituição em contexto ambulatorial ou que poderá ser internado novamente no hospital.

Após a permissão para o uso dos relatos, aqueles que tiverem o consentimento de suas autoras serão sistematizados e analisados à luz da teoria de Winnicott com o intuito de extrair as principais elaborações sobre a relação inicial mãe-bebê e esperança. A fim de preservar a privacidade dos participantes, dados que possam identificar as mães ou seus filhos, como data de nascimento e nome serão modificados pela pesquisadora, que será a única a ter acesso a esses dados com a finalidade dessa pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo objetiva investigar a esperança de mães que tiveram seus bebês internados em uma UTI Neonatal do interior paulista. Isto é, como apesar de condições adversas as mães acreditam em seu potencial de vida, ou seja, que apesar das circunstâncias difíceis resultados positivos podem advir. E para isso utilizará os relatos que essas mães deixaram em um caderno presente na unidade intitulado O diário dos pais de uma UTI Neonatal

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A probabilidade de dano como consequência do estudo é baixa, de possível desconforto ou constrangimento em disponibilizar o relato, ou de quebra de sigilo, porém a pesquisadora garante confidencialidade e privacidade dos participantes; e assegura o ressarcimento e assistência no caso de custos relacionados a danos devido a participação da pesquisa

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800

Bairro: Vila Industrial

CEP: 12.220-280

UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Telefone: (12)3901-3483

Fax: (12)3901-3945

E-mail: cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

Benefícios:

Não há benefício direto aos participantes ao participarem da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que poderá contribuir na promoção de conforto e apoio de futuras mães em situação semelhante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence - CEPHMJCF, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembrando que cabe ao pesquisador:

- 1) Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- 2) Justificar fundamentadamente, o perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal "Dr. José de Carvalho Florence" – CEPHMJCF, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa nos termos em que está proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800
Bairro: Vila Industrial **CEP:** 12.220-280
UF: SP **Município:** SAO JOSE DOS CAMPOS
Telefone: (12)3901-3493 **Fax:** (12)3901-3945 **E-mail:** cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

Benefícios:

Não há benefício direto aos participantes ao participarem da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que poderá contribuir na promoção de conforto e apoio de futuras mães em situação semelhante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence - CEPHMJCF, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembrando que cabe ao pesquisador:

- 1) Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- 2) Justificar fundamentadamente, o perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal "Dr. José de Carvalho Florence" – CEPHMJCF, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa nos termos em que está proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800			
Bairro: Vila Industrial	CEP: 12.220-280		
UF: SP	Município: SAO JOSE DOS CAMPOS		
Telefone: (12)3901-3493	Fax: (12)3901-3945	E-mail: cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br	

HOSPITAL MUNICIPAL "DR.
JOSÉ DE CARVALHO
FLORENCE"



Continuação do Parecer: 4.537.796

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_Resposta.docx	09/11/2020 22:02:50	Ligia Barboza Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/09/2020 11:25:56	Ligia Barboza Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	18/09/2020 11:16:35	Ligia Barboza Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DOS CAMPOS, 12 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Susana Abe Miyahira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Saigiro Nakamura, 800
Bairro: Vila Industrial **CEP:** 12.220-280
UF: SP **Município:** SAO JOSE DOS CAMPOS
Telefone: (12)3901-3493 **Fax:** (12)3901-3945 **E-mail:** cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br

ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa, sua participação consiste em autorizar a utilização do relato escrito por você no caderno *Diário de pais de uma UTI Neonatal* do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas será sua e a outra da pesquisadora responsável.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome: _____

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

1- Título da pesquisa e pesquisador responsável: A pesquisa intitulada *Esperança Materna Primária: Histórias de mães de Neo* será desenvolvida sob a responsabilidade da pesquisadora Lígia Barboza Moreira Santos aluna do curso de mestrado em Psicologia Clínica (PSC), do Instituto de Psicologia (IP), da Universidade de São Paulo (USP) sob a orientação da Prof.^a Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta (ivonise.motta@gmail.com, Av. Prof. Mello Moraes 1721, Bloco F, Cidade Universitária – São Paulo – SP, CEP: 05508-030, telefones: 55 11-3091-4910/4173).

Objetivo e método da pesquisa:

O objetivo desta pesquisa será investigar através dos relatos escritos por mães no *Diário dos pais de UTI Neonatal* a presença da esperança no contexto de internação de um bebê prematuro, analisando os relatos por meio da teoria do psicanalista D. W. Winnicott. Os relatos serão copiados do livro que continuará à disposição dos pais na UTI Neonatal. Essa pesquisa se justifica pela importância da mãe para o desenvolvimento de seu filho e o aumento do número de nascimentos prematuros.

3 – Avaliação do Risco da Pesquisa

A probabilidade de que você sofra algum dano como consequência do estudo é baixa, pois apesar de possível desconforto ou constrangimento em disponibilizar seu relato, a pesquisadora garante a confidencialidade, o sigilo e a preservação de sua privacidade. Assim dados que possam revelar sua identidade ou de seu filho serão modificados, como os nomes e data de nascimento, antes que os relatos sejam analisados.

III – ESCLARECIMENTOS SOBRE AS GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 466/2012 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

- 1- Você poderá se recusar a participar desta pesquisa sem ter nenhum problema no acompanhamento médico de seu filho em caso de internação nessa unidade ou acompanhamento ambulatorial.
- 2- Você não terá nenhum gasto ou benefício por participar desta pesquisa e poderá se retirar do projeto em qualquer momento, sem ter nenhum problema no acompanhamento médico de seu filho.

3. Você terá acesso às informações da pesquisa a qualquer momento e poderá tirar qualquer dúvida que desejar.
4. A sua participação envolve risco mínimo de quebra de sigilo ou de possível desconforto em autorizar a utilização de seu relato para pesquisa. Contudo, o pesquisador garante a confidencialidade e privacidade de sua identidade e de sua família; e assegura o ressarcimento e assistência no caso de custos relacionados a danos devido a participação da pesquisa. Os resultados e citações do relato serão divulgados pela pesquisadora para fins científicos de forma a impossibilitar sua identificação.
5. Você receberá informações, terá tempo para assinar e decidir sobre sua participação.
6. Você poderá mostrar o TCLE para quem quiser. Sua participação consiste em autorizar a utilização do relato escrito por você no *Diário dos pais de UTI Neonatal*.
7. Caso deseje, você poderá tomar conhecimento dos resultados ao final deste estudo e tirar dúvidas contatando o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH), Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º Andar, sala 27 Cidade Universitária – São Paulo/SP – 05508-030, telefone: 3091-4182, ceph.ip@usp.br (os atendimentos presenciais estão suspensos devido a pandemia de COVID-19); ou o Comitê de Ética da instituição coparticipante Secretaria da Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Municipal Doutor José de Carvalho Florence: Rua Saigiro Nakamura, 800, Vila Industrial – São José dos Campos - SP, CEP 12220-280; telefone: 3901-3400 ou pelo e-mail: cep.hmjcf@hmjcf.spdm.org.br. Se preferir, a pesquisadora (Lígia B. Moreira Santos) também estará disponível para quaisquer informações através do celular 12 996020062 e e-mail ligia.b.moreira@gmail.com.
8. Os resultados desta pesquisa serão analisados e apresentados em congresso científico e submetidos para publicação em periódico científico desde ocorra autorização por parte do Comitê de Ética e Pesquisa desta instituição.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Outra via ficará com o responsável pela pesquisa e será guardada por 3 anos até ser descartada. Vale lembrar que estes documentos só serão utilizados para os fins descritos acima.

IV – CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São José dos Campos, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO D- Relatos na íntegra

Relato de Ana, mãe de José Miguel

José Miguel

(Primeira página a mãe escreve como se fosse o bebê falando)

Minha chegada foi surpresa e presente para mamãe e papai.

Cheguei antes do que eles imaginavam e precisei ficar na UTI Neo por alguns dias, estes dias foram muito difíceis para eles, pois precisei ser entubado logo às 24h de vida, neste percurso peguei infecção hospitalar e a tia Dra falou para a mamãe que ela podia me perder, graças a minha força e aos pedidos da mamãe para o Papai do Céu, eu reagi bem aos antibióticos. Nestes 14 dias de antibióticos a tia Dra pediu um ultrassom da minha cabecinha que deu alteração (falta de oxigênio no cérebro), diante disto, fiz também um Eletro Encéfalo e uma tomografia que confirmou a falta de oxigenação. A mamãe e o papai ficaram sabendo que seria um “bebê especial” e que nossa jornada ainda será longa após a alta.

Foram dias difíceis, dias de sorrisos (notícias boas), dias de choros, muitos choros (notícias ruins).

(Outra página a mãe escreve na perspectiva dela)

Hoje faz 31 dias que meu pequeno chegou ao mundo, pesando 1.850g, medindo 40cm e com apenas 30 semanas de gestação.

Nestes 31 dias, foram muitas experiências, ganhos e perdas, altas e baixos.

Ganhou e perdeu gramas, aumentou e diminuiu os “ml” de dietas, houve dias que ordenhei mais que o mais que o ml da mamada, outros ordenhei bem abaixo do esperado. Chegou momentos que meu coração parecia que ia parar a cada bip dos aparelhos, saturação horas baixa, horas alta e horas exata. A cada boletim médico eu só pedia ao céu para ouvir a bendita palavrinha: Estável, pois sabia que seu quadro se mantinha o mesmo.

Chorei dias e noites longe dele, pois perto eu tinha que ser forte, assim como ele estava sendo.

Aprendi que é preciso viver um dia de cada vez (trecho sublinhado pela mãe no relato), e sempre me apegar aos ganhos de sua trajetória.

Hoje estamos indo para casa dia 9 de outubro de 2018.

Ana (mamãe do J. G.)

Relato de Luana, mãe de Benjamin

Me tornei mãe no dia 26 de outubro de 2018.

Parto cesária de emergência, de mãos dadas coma minha mãe passei para o lado de lá, deixei de ser só filha e me tornei mãe.

Planejei meu parto natural domiciliar, tinha minha equipe e toda vontade e força para trazer meu filho ao mundo. Tudo corria muito bem até que... Com 29 semanas minha bolsa rompeu. A partir daí sabia que não seguiria os planos, nem o A, nem o B, e nem o plano C.

Não tive o parto planejado, mas estar grávida é literalmente não ter controle de nada. Me entreguei a nova realidade, fiz do momento o plano D e decidi que aquela cesária necessária seria um momento lindo, respeitoso e cheio de boas lembranças. E assim foi.

Sala fria, mas mantive meu coração quente, rostos preocupados e passos apressados e eu conversando com meu filho dizendo “Benjamin meu amor você vai nascer”.

Me lembro dos médicos, anestesistas, um menino gordinho futuro médico assistindo sentado no canto da sala com olhar curioso e mais tenso que a atriz principal (eu).

Seguro a mãe de uma médica e com a voz apertada pergunto: “Você que vai pegar ele?”, “Pega ele direitinho”. E caíram as lágrimas.

Lembro dos olhos grandes atrás dos óculos que olhando dentro dos meus olhos cheios de água me disse: “ Eu vou pegar ele, ele vai nascer pequeno, vamos fazer alguns procedimentos, fica calma”. Me tranquilizei e me entreguei de corpo e alma. Mais tarde cruzei com os grandes olhos e no mesmo momento reconheci e sorri para aquela linda mulher.

Às 12:56 de uma sexta-feira nasceu Benjamin Souza Costa , com 980 gramas, Apgar 8,9 chorou e sem que eu pudesse vê-lo partiu para a UTI NEO.

No quarto, ansiosa para ver meu bebê uma enfermeira me falou: “Descansa porque agora você é mãe de NEO”. Não entendi nada, que raio é mãe de NEO, mas... agora depois de 47 dias sendo mãe de NEO entendi o que ela queria dizer e aprendi que:

Ser mãe de NEO é respirar fundo e ter calma, é ver seu coração despedaçar e se refazer a cada 2 segundos, é ter que vir embora todas as noites e deixar o melhor pedaço de você dentro do hospital, é ver seu útero vazio antes da hora, é não ter curtido aquele barrigão de grávida porque antes mesmo de ela começar a aparecer chegou a hora do seu bebê nascer, não ter arrumado o quartinho, nem lavado as pequenas roupinhas, é ir ao encontro do seu filho pela primeira vez e só poder ver ele pelo vidrinho da incubadora, abrir as portinhas e tocar seu corpinho pequenininho com a ponta dos dedos com medo de machucar, é ir ver as enfermeiras fazer os cuidados com ele e pensar “como ela consegue fazer isso? Ai minha nossa vai com calma. Pega ele devagar. Por que eu não consigo pegar ele assim?”; é não entender muito bem que aquele serzinho estava dentro de você e agora está naquele útero tecnológico, é sentir chutes fantasmas que te fazem lembrar que seu útero não abriga mais seu bebê, é chorar, é rir, é tremer, é parar de respirar, é se sentir forte, fraca, tudo isso em um curto espaço de três segundos, é planejar como você vai arrancar seu filho da incubadora e levar embora e depois se tranquilizar por ele estar na tal da incubadora, é ter a oportunidade de ver seu filho se formar ao vivo e a cores, é fazer uma poltrona vinho seu novo lar e achar o melhor lugar do mundo, é vibrar com 1 grama e 1 ml, é ter muita, muita, muita, mas muita paciência.

Depois de uma semana ou duas não me lembro bem, depois do susto passar e acalmar meu coração reparei que o ambiente da NEO é totalmente feminino, mulheres tomam conta do espaço e desfilam cuidados pelos setores.

Andares rápidos, olhares atentos, movimentos firmes para socorrer seus “filhos”, me deparei várias vezes com leas correndo para proteger a cria de outra leoa. Deixam seus filhos em casa e vem cuidar do meu.

As mãos delicadas tocam e cuidam do meu bebê e eu observo atenta e me apaixono por cada movimento, tento aprender e sonho o dia de chegar minha vez.

Helena entregou em meus braços o Benjamin pela primeira vez, sorriu e com seu jeitinho menina mulher me disse “toma seu pacotinho”.

Ester compartilhou comigo do maior susto de toda minha vida, apneia, bips vermelhos, meu filho roxo sem respirar e ela corre feito leoa para ajudar a gente.

Lia mais tarde também me amparou em mais duas apneias, tivemos um final feliz.

Helena seguindo a tradição, colocou o Benjamin pela primeira vez no canguru, foi o momento em que sentimos nossos corpos nus coladinhos no mais puro e verdadeiro amor.

Wilma loirinha e ligeira troca uma sonda como ninguém.

Camile todos os dias as 11h vem com seu sorriso rasgado e olhos azuis que miram dentro dos meus olhos e seu sotaque maravilho para pronunciar as mais belas palavras: SEM INTERCORRÊNCIAS. Ufa. Ana também pronuncia essas palavras e soa como a mais bonita música de amor.

Graça deu a melhor dica para ordenhar e me ajudou muito no projeto (em busca da ordenha perfeita).

Primeiro banho que dei no Benjamin foi a Cléia que me ajudou, olhos atentos e generosos.

Silvia fez com que o Benjamin mamasse no meu peito, participou do nosso mais íntimo momento.

Tania, suspiros de admiração pelo trabalho dela, ela sabe o que a gente precisa sem a gente falar, muito organizada e correta, kit ordenha sempre prontinho e a camisola de fazer canguru sempre no lugar colhe exames como ninguém.

As fisios, lindo trabalho foi o mais lindo balé que eu já vi, Benjamin dançando nas mãos delicadas que lembra para ele todas as vezes “Olha Benjamin você já nasceu, bora respirar e mexer”.

Lígia com seu sorriso vermelho vem sempre no momento certo perguntar se está tudo bem.

Edna tirou Benjamin da incubadora e colocou ele no bercinho, colocamos as roupinhas que ficaram grandes e lá foi ele nascer pela segunda vez. Me senti insegura chorei e ela me amparou tranquilizou com seu jeito divertido de ser.

Sonia me fez ir embora para casa à noite bem tranquila sabendo que ela cuidaria do meu bebê com muito carinho.

Com a Laura vi o Benjamin tomando banho pela primeira.

São muitas mulheres que passam seus turnos com os bebês da NEO, mas algumas delas serão lembradas por toda a nossa vida.

Agradeço a todas, mas essas citadas acima ficaram para sempre guardadas no meu coração e do Benjamin, a mãe que eu serei terá cada pedacinho de você.

Obrigada do fundo da alma.

Hoje eu estou na UCINCO sentada na minha cadeira vinhos ao lado do bercinho do Benjamin, daqui só saio com ele, hoje ele está com 1 quilo 835 gramas com paciência espero nossa partida, tudo no tempinho dele.

No dia da partida alguma dessas mulheres incríveis estará do meu lado e do meu marido Fernando nesse caminho até a porta, seguirá comigo e me libertará como um passarinho preso na gaiola e eu vou voar e ser mãe do lado de fora, ser mãe no mundo, a você “mulher” meus mais sinceros agradecimentos por abrir a porta da minha gaiola.

Enquanto isso espero tranquila nossa hora de partir, espero tranquila pelo nascimento do Benjamin pela terceira vez e espero ansiosa o meu momento de ser mãe lá fora e passar a nossa primeira noite em casa.

Muito obrigada com muito Amor a toda a equipe lindona da UTI Neonatal.

Luana Souza

Entre uma mulher aqui e saio outra.

(muitos corações desenhados)

Relato de Alice mãe de João e Paulo

Sou a mãe do João e do Paulo, descobri que seria mãe quando estava com seis semanas, com sete semanas fiz um ultra e descobri que eram gêmeos, foi a maior e melhor emoção do mundo. A partir daí tive os melhores cuidados, pois gestação de gêmeos era considerada de risco, me alimentava e me cuidava da melhor forma. Comecei a fazer pré-natal no hospital de alto risco e a Dra Gabriela viu que tinha uma restrição de crescimento entre meus bebês, que é um tanto normal para caso de gêmeos, porém viríamos fazer ultrassom toda semana para acompanhar, para se caso a restrição aumentasse, porque meu G2 poderia vir a óbito. Foi difícil ouvir, mas OK, seguimos firmes, e estava tudo bem, para mim, estava sendo uma das melhores gestações.

Gestação de gêmeos, engordando o tanto certo e necessário, sem vômitos, queimações. Enfim... dia 15/09 quarta-feira, fui até o ultrassom e a Dra disse que o G2 não havia engordado nada, que minha pressão havia subido e que eu precisaria ficar internada para fazer um Doppler, e que dependendo da situação eles iriam retirar meus meninos, foi um choque. Internei, tomei injeção para o pulmãozinho dos bebês, mas não fizeram o ultrassom e adiaram para o começo da próxima semana, passei quatro dias muito bem, passeando e fazendo amigos pela maternidade. Domingo 19/09 às 11h30, eu comecei a ter contrações, que só iam aumentando, em seguida, comecei a sangrar muito; 12:00 as Dras Raquel e Laura vieram me atender e eu estava com hemorragia, fui para sala de parto e decidiram cesárea de emergência, pois eu e meus meninos corríamos perigo, risco de vida, ou eu poderia perder o útero e não deixaram meu marido entrar. Era muito risco, muito sangue, e eu estava com muito (palavra sangue riscada) medo. 12:11, 12:15, meus meninos nasceram, João com 30,5 cm, 625g e Paulo com 20,0 380g. A partir daí, começou a vida de “mãe de Neo”. Paulo faleceu dia 28/09, pesando 280g, e teve parada respiratória, ele era muito pequeno. João, começou a crescer e engordar, foi extubado algumas vezes, mas sem sucesso, hoje dia 24/12, ele voltou para o tubo, pois está com uma infecção de urina, e não teve forças para respirar. Hoje ele pesa 1,955kg e tem 42 cm, é um arteiro rs.

Seguimos na luta, confiante e com muita fé e já ele irá embora.

Agradeço toda equipe Neo, um lugar maravilhoso, e eu não escolheria outro para deixar meus meninos, é uma confiança enorme.

Agradeço em especial algumas que criamos afinidade e um carinho enorme. A Diana, Helena, Ana, a Dra Camile, maravilhosa, Mary, Ane, Safira, Léa, Eva, Dra Ana, as enfermeiras da noite, Ester, as Fisios Lus. Enfim, que Deus e Nossa Senhora Aparecida possam abençoar grandemente todas vocês, que sejam sempre um instrumento de Deus na vida de todos os bebês.

Obrigada por todo cuidado com meu bebê.

Com carinho, Alice, mãe do João.

Relato de Eliana, mãe do José e do Diogo

Meu nome é Eliana e sou mãe do José e do Diogo

Minha gravidez foi uma surpresa e tanto, pois tenho endometriose e sempre ouvi dos médicos que minha chance de engravidar era menor que 1%, inclusive em 2011 quando precisei fazer uma videolaparoscopia (por causa da endometriose), a médica me perguntou se eu já havia pensado em retirar o útero, uma vez que minhas cólicas eram fortes a ponto de desmaiar. A médica disse que eu iria sentir dor a vida toda à toa já que seria quase impossível engravidar. Porém, respondi que pra Deus esse menos que 1% era muito e só Ele saberia de tudo.

No início de 2018 fui fazer o exame Preventivo e uma médica da UBS me deixou desanimada ao dizer que meu problema de hipotireoidismo e minha idade (36 anos) juntamente com a endometriose me deixavam um tanto longe de meu sonho de ser mãe. Fiquei arrasada.

A partir de então fiz um propósito com Deus, não iria mais ficar pensando nisso e que fosse feita a sua vontade.

No dia 11/06/18 tive um pressentimento de que alguma coisa estava acontecendo comigo, mas não pensei em gravidez já que minha menstruação estava em dia, mesmo assim, no dia 15/06/18 fiz um teste de farmácia, (já tinha um dia de atraso na menstruação) e então deu positivo. Não acreditei e fui para o laboratório fazer um exame de sangue, onde confirmei o resultado positivo.

Foi a maior surpresa da minha vida, ou melhor, uma das maiores, porque a maior estava por vir.

Com 8 semanas fiz o primeiro ultrassom, e aí veio a surpresa que mudaria toda a história: “Dois bebês”, isso mesmo, gêmeos! Meus Deus, que mistura de sentimentos, medo, ansiedade, felicidade... tudo junto e misturado! Pra quem “não” poderia ter nenhum!!!

Tudo corria super bem, uma gestação tranquila, apesar de enjoos que foram do início ao fim. Consegui trabalhar até o último dia de aula (sou professora de educação infantil), isso é, já com 31 semanas.

No dia 07/12 comecei a sentir uma dor no “pé da barriga” e vim me consultar no C.O. com a Dra Gabriela que disse que estava tudo bem, colo do útero fechado, porém a dor era devido ao peso dos bebês. Ela me pediu repouso e receitou um remédio para segurar mais um pouco.

Passaram-se as festas do final de ano e a dor continuava, mas era fraquinha, o incômodo maior era pra dormir por causa do tamanho da barriga, um pouco de falta de ar e um cansaço.

No dia 15/1/19 acordei às 4h50 da manhã com uma vontade enorme de fazer xixi, reparei que já estava molhada e ao levantar da cama uma água “rosada” escorreu pela minha perna. Acordei meu marido e viemos para o hospital, a Dra que me atendeu disse que somente uma bolsa havia se rompido e que eu iria ficar internada pra tentar segurar por mais duas semanas, ou seja, até 34 semanas. Eu estava com um dedo de dilatação.

Passei o dia todo bem, sem dores, só perdendo um pouco de líquido.

Às 00h44 comecei a sentir as primeiras contrações.

Passei a noite toda com muita dor e meu marido esteve a meu lado por todo esse tempo. No início segurei o choro porque estava com vergonha, mas depois chorei muito.

11h e pouco me levaram para a sala de parto.

11h38 o José nasceu de parto normal, mas o Diogo mudou de posição e descolou a placenta. De repente ouvi o Dr. Luís pedindo para meu marido esperar um pouquinho lá fora. Fiquei com muito medo, afinal, por que meu marido pôde assistir o José nascer, mas o Diogo não? Na verdade, havia se tornado uma situação de risco.

Pediram pra chamar o anestesista e o doutor me disse que seria feita uma cesária. Naquele momento tive muito medo de perder o meu Diogo. Foi tudo muito rápido; algumas coisas eu não consigo me lembrar, sei que tinha muita gente. E 11h56 o Diogo nasceu de cesária.

Não pude ver os meus pequenos, pois vieram direto para a UTI Neonatal, isso dói muito. Não pudemos tirar aquela foto de nós quatro juntos após o parto do jeito que planejamos, nem pude ver seus rostinhos. (desenho de um rosto triste com lágrimas)

A palavra UTI assusta, dá medo, insegurança...

O José ficou apenas três dias na UTI e veio para a Ucinco. O Diogo precisou ficar uns dias a mais, mas logo acompanhou o irmão. E de lá pra cá, apesar do cansaço, muita ansiedade e “festa” a cada graminha a mais, a cada fralda cheia! Só quem é mãe de UTI sabe! (E entende!!!)

Foram alguns dias de fototerapia por conta da icterícia, mamãe muito nervosa com o tal óculos que as mãozinhas insistiam em tirar o tempo todo. E a sondinha nasal que principalmente o José, puxava e arrancava.

Hoje, com 22 dias recebemos alta e um filme passa na cabeça, foram dias e noites de preocupação, angústia, mas Graças a Deus sempre tivemos muito carinho e atenção por parte de toda a equipe daqui. Não cuidaram somente dos meus filhos, mas de mim também, nem existem palavras para agradecer! Verdadeiros anjos! (desenhos de coração)

Sílvia com seu alto astral, colocando a criançada pra mamar, Dra. Ana que transmite uma paz na sua voz e nos trazia o boletim diário. As fisioterapeutas, sempre muito atenciosas e cheias de carinho, Ana (fono) sempre ajudando na “mamá da tarde”, todos os pediatras que vinham examinar os pequenos. Enfim, toda a equipe de enfermagem que sempre me acolheu e cuidou dos meus “pacotinhos” com todo amor.

O aprendizado que eu levo daqui é grande demais, valeu cada minuto aqui dentro; mesmo nos momentos mais difíceis, posso tirar muito aprendizado.

Vou levar muita coisa comigo, aprendi muito e conheci pessoas maravilhosas que pretendo levar para a vida toda.

Quero agradecer especialmente a Lúcia (psicóloga) que sempre me acompanhou, me ouviu e me deu suporte para aguentar firme. Pessoa especial que chegou no momento em que eu mais precisava de um ombro amigo.

Não vou citar mais nomes pra não deixar ninguém de fora; mas peço que Deus continue iluminando cada pessoa que aqui desempenha um trabalho.

Ser mãe de UTI é tirar forças de onde nunca se imagina ter, é aprender a amar com o coração e com o corpo todo, a gente cria uma armadura e se torna gigante mesmo com dor, cansaço, medo... Ser mãe de UTI é ter esperança o tempo todo, é acreditar sempre e não desanimar nunca.

Obrigada (desenhos de coração).

“Deus lhes pague por tudo!!!”

“Pra Deus- que 1% é muito!”

“O impossível

Ele pode realizar!”

Eliana

José e Diogo

Meus Milagres (desenhos de coração)

Relato de Jussara, mãe de Gabriel

Olá, meu nome é Jussara sou mãe do Gabriel.

Minha história começa quando descobri uma gestação de 8 semanas aos 39 anos sem ser planejada e com risco de perda.

No início não aceitava muito minha gestação porque já tinha duas filhas, e não queria mais filhos porque minha segunda gestação e o parto não foram fáceis e tive um aborto espontâneo também.

Mas, enfim, com o tempo fui aprendendo a amar o serzinho que crescia dentro de mim, e como tinha que fazer muito repouso pelo risco de perda tomei todos os cuidados.

Quando descobri que era um menino a alegria foi maior ainda porque minha família não tinha meninos ele seria o primeiro neto entre nove meninas.

Mas no dia 05/04 comecei a sentir fortes dores e ele não mexia já havia 24 horas, vim para o hospital me examinaram e falaram que era normal que meu útero estava fechado e que era pra eu fazer repouso e tomar Buscopan para dor, fui embora para casa.

No dia 06/04 volta eu para o hospital com fortes dores e dessa vez com sangramento, novamente fui examinada e mais uma vez a médica disse que não era nada que meu útero

estava fechado, que era para eu continuar tomando Buscopan e mais uma vez me mandaram para casa.

No dia 07/04 volto mais uma vez para o hospital pelo terceiro dia seguido, mas dessa vez com a bolsa rompida fui examinada e a médica confirmou que eu poderia ter um parto prematuro, mas me internou para tentar segurar até 34 semanas, só que no dia seguinte após 24 de bolsa rompida meu bebê estrou em sofrimento e fui levada para fazer uma cesária de emergência.

Às 14h16 do dia 08/04 nasce meu bebê (Gabriel) sem respirar e sem batimentos cardíacos, os médicos tiveram que reanimar ele e imediatamente ele foi entubado e levado para UTI Neonatal, não pude ver meu bebê, somente no dia seguinte fui conhecer meu bebê que nasceu com 31 semanas, através de uma incubadora, cheio de tubos, acessos e ainda por cima ele teve uma hemorragia cerebral, que causou convulsões, e teve uma infecção. Quando começou a mamar por sonda, começaram os vômitos todas as mamadas.

Mas hoje, quase 30 dias depois de nascido e na UTI, meu bebê está praticamente bem, sem tubos, sem acessos só esperando tirar a sonda e pegar peso para ter alta.

Não é fácil ser mãe de prematuro ainda mais com complicações, mas com fé, com a dedicação e empenho da equipe da UTI Neo e Ucinco, nós conseguimos superar tudo isso.

Agradeço de coração a todas desde os médicos, enfermeiras, equipe de limpeza, que deixam tudo limpinho, para o cuidado com nossos bebês e as outras mães que estão passando por isso também. Porque é uma dando força para a outra.

Agradeço a Lígia (psicóloga) pela atenção e preocupação com todas as mães e familiares.

Que Deus abençoe a todos. Muito obrigada

Ass. (Gabriel)

(mamãe do Gabriel)

Relato de Sofia, mãe de Gustavo

Meu nome é Sofia, sou mamãe do Gustavo, um prematurinho lindo e muito guerreiro.

O Gu veio dar o ar de sua graça dia 19/11/18 às 17h05, dando o maior susto e causando total.

Meu pacotinho nasceu com 30cm e pesando 580g (cara de espanto desenhada, expressão similar à do quadro O grito). Isso mesmo...Um prematuro extremo que não tinha muitas chances segundo a equipe médica.

Era muito arriscado e delicado.

Ele resolveu nascer quando estava de 28 semanas e 4 dias. Foi um susto gigante, pois não passei mal, não tive dor, nem nada.

Vim fazer um exame no hospital e a médica me disse que o Gu não estava se desenvolvendo e havia parado no quinto mês de gestação.

Eu estava tendo uma centralização fetal, e o Gu entrou em sofrimento fetal.

A partir daí começou minha, ops... nossa luta.

No mesmo dia o Gu nasceu. Foi muito difícil...

Foram dias cruéis... Dias de choro... Dias de angústia..., Mas dias que Deus nunca nos abandonou.

A vida dentro de uma UTI Neo não é fácil... Uma mãe de Neo é escolhida a dedo. Pois tem que ter muito, mas muito estômago.

Graças a Deus, ele me enviou pessoas maravilhosas... A equipe da Neo...

Não dá pra mensurar o carinho de cada um, seria até injusta, pois não tem explicação, não há palavra...

Essa equipe, abaixo de Deus me ensinou a ser mãe... A pensar positivo, a ver alguém que nem eu mesma sabia que existia em mim.

E o Gu me ensinou a ser forte, e então não me tornei só a mãe do Gu, mas a minha melhor versão.

Deus acima de tudo e todos me deu forças... Foram vários sustos...

O Gu ao sétimo dia teve uma parada cardíaca e cheguei bem na hora, e eu quase parei também... (desenho de carinha triste).

Mas mais uma vez Deus em tudo nos sustentou.

O Gu ficou entubado dois meses...

Pegou uma infecção no sangue...

Teve uma bronco displasia...

Várias quedas de saturação...

100% de FiO2...

Vários resíduos...

Nada fácil!!!

Mas agora ele está perto da alta.

110 dias uuuuuuuhhhh... e semana que vem estamos em casa.

O Gu venceu... e só posso agradecer primeiramente a Des, ao meu amado marido, meus familiares, meus amigos e essa equipe maravilhosa da NEO.

Agora estamos perto... A porta já está aberta... Agora consigo respirar... Me sinto livre para curtir a maternidade real...

Então deixo aqui minha história muito resumida, mas vou publicar um livro... Lá terão detalhes...

Mas posso dizer a vocês papais, nossos filhos são lindos, preciosos guerreiros, mais que vencedores...

Hoje o sentido da palavra “acreditar” virou lema.

Confie em Deus, que nada, exatamente nada foge do controle do autor da vida... Jesus!

Vamos voar... Rir... Brincar... Bagunçar.

Mas nunca vamos nos esquecer do que o Senhor fez por nós... E eu e o Gu vamos orar sempre pelos bebês da Neo...

Fui...

Fomos...

Partiu casa!

#Milagre

#Feliz

#Completa

#Plena