

## **NARRATIVAS MATERNAS ACERCA DO BEBÊ IMAGINÁRIO E DO REAL DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO EM UMA UTI NEONATAL**

Amanda Cherini Ferraz  
Giseli Vieceli Farinhas  
Sandra Isabel Colleto

**Introdução:** A gravidez, para muitas mulheres, é um marco de expectativas e modificações, sejam elas em esfera física quanto subjetiva. Por vezes, a necessidade de internação do pequeno bebê em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal torna-se necessária. **Objetivo:** Esta pesquisa tem por objetivo geral identificar os sentidos atribuídos, através das narrativas maternas, sobre a hospitalização de bebês prematuros em uma UTI neonatal e os recursos de apoio utilizados pelas mães. **Metodologia:** A metodologia utilizada consiste em uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório (GIL, 2010). Os participantes desta pesquisa foram 10 mães que estavam passando pelo período de hospitalização de seu bebê prematuro em uma UTI neonatal de um Hospital no interior do Rio Grande do Sul. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram entrevistas semi-estruturadas que, após gravadas e transcritas, foram analisadas mediante a técnica de Práticas Discursivas e Produção de Sentido, proposta por Spink (2010). **Conclusão:** Identificou-se sentimentos ambivalentes frente ao contexto, envolvendo a felicidade de um nascimento, em um misto de medo e impotência. Percebeu-se diferentes formas de apoio levantadas pelas mães, como apoio social envolvendo os familiares, amigos e colegas, a ligação com a espiritualidade e a religião, assim como a vinculação com a equipe multidisciplinar, incluindo a psicologia atuante no suporte emocional. Diante o encontro com o bebê real prematuro, constatou-se que a as diferentes formas de apoio citadas por elas, contribuíram em algum grau no processo de elaboração deste contexto vivenciado.

**Palavras-chave:** Psicologia Hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; bebês prematuros.

## INTRODUÇÃO

A gravidez, para muitas mulheres, é um marco de expectativas e modificações, sejam elas relacionadas ao bebê em desenvolvimento, quanto ao ambiente familiar ali proveniente (Almeida et al, 2018). Para além das expectativas e idealizações, com a chegada de um filho, emergem também uma série de transformações no seio familiar, seja por meio do estabelecimento de novos papéis e responsabilidades, tal como em virtude de angústias e apreensões frente ao planejado, particularmente quando sucede um nascimento de um filho prematuro e/ou de risco (Oliveira et al 2013).

O grande número de neonatos com baixo peso no nascimento constitui um significativo problema de saúde e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal (Brasil, 2013). A primeira causa de mortalidade infantil no Brasil, são as afecções perinatais, compreendidas por problemas respiratórios, a asfixia no nascimento e as infecções, comumente em bebês pré-termo e de baixo peso. Para mais, alguns bebês são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldades para se alimentar e para regular a temperatura corporal (Brasil, 2013).

O bebê é considerado recém nascido neonatal, desde o nascimento até completar 28 dias; sendo este pré-termo, nascidos com menos de 37 semanas de gestação (Brasil, 2016). Entende-se como pré-termo extremo, nascidos abaixo de 28 semanas; pré-termo moderado, nascidos entre 28 e menos de 34 semanas e pré-termo tardio, nascidos entre 34 a 36 semanas e 6 dias (Brasil, 2016). O ambiente hospitalar, em suas particularidades, pode vir a acarretar elevados níveis de estresse além do afastamento materno provocado pelo processo de internação. O bebê pré-termo sofre com o mal-estar físico originado por picadas de agulha, cheiros desconhecidos e barulhos, juntamente com a experimentação de diversos estímulos, que até então, eram desconhecidos (ELIAS et al 2015).

Para a família, o processo de hospitalização neonatal pode despertar diversos sentimentos. A literatura aponta que angústia e a impotência se fazem presentes frente a impossibilidade de salvar a vida do filho, ao futuro incerto e a possibilidade de morte (Baldin; Kreb: 2010).

Durante o processo do gestar, ideias e fantasias dão início a um bebê, até então, imaginado por esta mãe, o qual se constitui de suas vivências - conscientes e inconscientes - suas fantasias e idealizações (Antunes e Patrocínio, 2007). Após o nascimento, a necessidade de uma internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN pode acarretar em um rompimento de idealizações, tanto referentes ao período - antecipado - do nascimento quanto

à saúde do bebê. Para melhor compreender este processo subjetivo enfrentado pela mãe, Lebovici (1987) apresenta conceituações que serão abordadas no decorrer do estudo. Para o psiquiatra, o bebê real é aquele fruto do nascimento; este pode representar uma duplicação, por vezes decepcionante, por ser estranho e desconhecido do então imaginado durante o período gestacional (Fleck e Piccinini, 2013).

Lebovici (1987), citado por Antunes e Patrocínio (2007), desenvolvem sobre a coexistência de três bebês na mente dos pais: o bebê fantasmático, o bebê imaginário e o bebê real. O bebê fantasmático é o Edipiano, ou seja, o bebê que quando a mulher passou pela fase de Édipo, na sua infância, consistiu no desejo reprimido de ter tido o filho com seu pai (Farinhas, 2017 p. 14). Através da manifestação das fantasias infantis, este desejo ocorre mediante a convivência e identificação com a figura materna, a partir da compreensão da criança de que sua mãe é dela; sendo assim, a criança acredita que irá reproduzir este papel de mãe, por meio das brincadeiras infantis, com seu pai (Farinhas, 2017).

Lebovici (1987) citado por Farinhas (2017), corrobora que o bebê imaginário, por sua vez, é o filho desejado pelos pais, ainda enquanto crianças, através de brincadeiras e posteriormente, do desejo da gravidez; nele são projetados sonhos e idealizações. Em outras palavras, durante a gravidez, os pais constroem o ideal de um bebê, este imaginário, o qual torna-se alvo de seus desejos. Posteriormente, quando deparam-se com o nascimento, surge com ele a tarefa de confrontar o bebê até então imaginário, construído em suas mentes, para o bebê real (Steibel, 2015).

O bebê real é aquele em que a mãe virá a conhecer a partir do nascimento e com a qual o relacionamento será “enriquecido” a partir dos conteúdos imaginários e de fantasia aportados das relações com as “instâncias” mencionadas anteriormente (Tavares 2017 p. 74). Após o contato da mãe com o filho recém nascido, torna-se relevante a elaboração da perda do bebê imaginário e o investimento na relação com o bebê real; para que isso ocorra, é necessário a projeção gradativa da mãe, juntamente com modificações que possibilitem relacionar as representações do bebê imaginário, frente às características do bebê real (Lebovici, 1987, citado por Fleck e Piccinini, 2013).

No contexto da prematuridade, o desequilíbrio entre o bebê imaginário e o bebê da realidade, pode vir a ter maior intensidade (Brazelton e Cramer, 1989, citado por Fleck e Piccinini, 2013). Este desequilíbrio pode ter relação com a necessidade de antecipação do parto, que neste caso, acaba por interromper o processo de elaboração do bebê imaginário, colocando os pais em contato precoce com o bebê real fragilizado (Zornig, Morsch e Braga, 2004).

A aproximação deste bebê real ao bebê imaginário construído durante a gestação demandará um tempo de elaboração dos pais que muitas vezes transcende o tempo da internação (Zornig, Morsch e Braga, 2004, p. 141). As autoras acima citadas exemplificam de modo com que estes pais estivessem à espera de uma garantia ou então, sinais consistentes e verídicos de que podem investir afetivamente nesta relação, sem sentirem-se ameaçados com a possibilidade de perda.

Frente a este cenário, torna-se importante, uma rede de apoio à estas mães, para auxiliá-las a lidar com o enfrentamento de um bebê que não é o imaginário, mas sim o real. Neste sentido, busca-se compreender de que modo vem ocorrendo, e se há rede de apoio a estas mães com bebês em UTI neonatal. A hipótese deste estudo permeia elucidar através das narrativas das mães, dificuldade de desidealizar o seu bebê. Além disso, situa-se que a rede de apoio das mães pode não oferecer suporte adequado a elas neste momento de hospitalização, não atendendo às suas necessidades. Frente a estas possibilidades, esta pesquisa objetiva identificar os sentidos atribuídos, através de narrativas maternas, sobre a hospitalização de bebês prematuros em uma UTI neonatal e os recursos de apoio utilizados pelas mães.

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. Essa metodologia de estudo tem como propósito proporcionar uma aproximação com o problema, objetivando torná-lo explícito ou criar hipóteses, esclarecendo a relação entre variáveis, e ressaltando a descrição de características de determinado fenômeno ou população (GIL, 2010).

### **Participantes**

Os participantes desta pesquisa são mães que passaram pelo período de hospitalização de seu bebê prematuro em uma UTI neonatal. Os critérios de inclusão são mães com bebês prematuros nascidos entre 25 a 36 semanas que estavam internados na UTI neonatal no momento da coleta de dados; mães com idade entre 18 a 50 anos; mães que aceitaram participar da pesquisa após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os critérios de exclusão são: mães de bebês a termos; mães de prematuros que não

estavam internados na UTI neonatal; mães que sentiram-se constrangidas de falar sobre o assunto e/ou que optaram por não participar da pesquisa.

Esta pesquisa não tem a intenção de causar desconforto e/ou risco para o participante, propiciando aos sujeitos expressarem-se livremente. Foi esclarecido às participantes, se em algum momento sentirem-se prejudicados ou desconfortáveis, optando pela desistência, a entrevista será interrompida pela pesquisadora. Caso necessário, terá disponibilidade de auxílio psicológico com psicóloga responsável no setor neonatal. Salienta-se que durante o desenvolvimento do estudo, busca-se respeitar os princípios da ética de pesquisa e sigilo aos conteúdos expressos e aos sujeitos envolvidos.

**Tabela 1** – Caracterização das entrevistadas

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cidade</b>	<b>Reside com:</b>	<b>Nº de gestação</b>
A	25a	Solteira	Ensino médio completo	Operadora de caixa	Taquari	Com a mãe	Segunda
B	36a	Solteira/mora junto	Nível técnico completo	Técnica de enfermagem	Bom Retiro	Companheiro	Primeira
C	26a	Casada	Nível técnico completo	Técnica de enfermagem	Lajeado	Marido	Primeira
D	19a	Solteira	Ensino fundamental	Operadora em fábrica de calçados	Santa Clara	Sogra e o namorado	Primeira
E	37a	União estável	Ensino médio completo	Auxiliar de indústria	Lajeado	Esposo	Primeira
F	35a	Casada	Ensino médio completo	Operadora de máquina	Lajeado	Esposo	Primeira
G	30a	Divorciada	Ensino superior completo	Analista administrativa	Lajeado	Companheiro	Primeira
H	35a	Casada	Pós Graduada	Psicóloga	Taquari	Marido e filhos	Segunda
I	42a	Casada	Ensino superior completo	Gestão de recursos humanos	Progresso	Esposo e filhos	Segunda
J	32a	Relacionamento estável	Ensino médio completo	Manicure	Roca Sales	Marido, mãe e os filhos	Segunda

**Tabela 2** – Caracterização dos bebês, gestação e parto

Mãe	Planeja do	Semanas quando descobriu	Pré natal	Tipo de parto	Idade gestacional	Peso ao nascimento
A	Não	11s	Sim	Cesária	27s	880g
B	Não	6s	Sim	Normal	29s + 6d	1.500kg
C	Sim	5s	Sim	Cesária	30s + 1d	1.445kg
D	Não	7s + 2d	Sim	Cesária	34s	1.430kg
E	Sim	5s	Sim	Cesária	33s + 6d	1.835kg
F	Sim	13s	Sim	Cesária	33s + 1d	1.630kg
G	Sim	7s	Sim	Cesária	36s + 6d	2.210kg
H	Sim	“5s ou 6s” (sic)	Sim	Cesária	33s	1.995kg
I	Sim	9s	Sim	Cesária	36s	2.345kg
J	Sim	6s	Sim	Normal	34s	2.335kg

O Ministério da Saúde (2016) considera baixo peso independente da idade gestacional, sendo este menor que 2.500g, considerado como baixo peso ao nascimento; muito baixo peso, sendo menor que 1.500g e abaixo de 1.000g, são considerados de extremo baixo peso ao nascer. Além disso, entende-se como pré-termo extremo, nascidos abaixo de 28 semanas; pré-termo moderado, nascidos entre 28 e menos de 34 semanas e pré-termo tardio, nascidos entre 34 a 36 semanas e 6 dias (Brasil, 2016).

### **Instrumentos**

Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizado de entrevista semi-estruturada elaborada e aplicada pela pesquisadora (APÊNDICE A), sendo composta inicialmente por dados de identificação e posteriormente, por questões semiestruturadas sobre o tema a ser abordado. Por conseguinte, Triviños (1987) destaca que a entrevista semi-estruturada conta com um informante, e que este é livre para expressar suas experiências e pensamentos considerando como norteador o foco principal estipulado pelo pesquisador. As entrevistas ocorreram de modo presencial e o tempo de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 10 à 20 minutos, sendo realizadas com 10 mães que estavam passando pelo período de hospitalização de seu bebê na UTI neonatal. As entrevistas ocorreram no ambiente hospitalar, mais precisamente na sala de reuniões do setor neonatal.

### **Procedimentos para a coleta de dados**

As mães dos bebês foram convidadas pela pesquisadora a participar do estudo; as entrevistas foram agendadas previamente conforme disponibilidade e ocorreram mediante a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, o qual dispõe de informações sobre a pesquisa e lhes garante sigilo. Com o objetivo de validar o instrumento de coleta de dados, foi realizada uma entrevista piloto com uma mãe que preenchia os critérios de inclusão do estudo.

### **Análise de dados**

Para a análise dos dados, utilizou-se das entrevistas que, após gravadas e transcritas, foram analisadas mediante a técnica de Práticas Discursivas e Produção de Sentido, proposta por Spink (2010). A utilização do termo *Práticas Discursivas* como abordagem teórica e metodológica, tem seu foco de interesse pautado na linguagem em uso (Spynk, 2010). Considerando que a linguagem em si, é trabalhada de diversas formas em diferentes disciplinas, para psicólogos sociais o interesse torna-se maior quanto ao papel da linguagem nas interações sociais. Segundo Spink (2010), o sentido é uma construção social, de caráter coletivo e interativo, pelo qual as pessoas através de suas relações sociais, históricas e culturais, constroem suas expressões e termos frente a situações enfrentadas e submetidas diante os fenômenos a sua volta. Nesta perspectiva, as questões norteadoras da entrevista podem instigar o sujeito da pesquisa a refletir sobre o assunto pautado de uma forma diferente da habitual, ou ainda, sob um outro ponto de vista. Assim, podendo originar discursos não necessariamente relacionados ao tema abordado inicialmente.

### **Procedimentos éticos**

Este projeto de pesquisa foi encaminhado primeiramente para a comissão do CENEPE, no Hospital Bruno Born - HBB e após, juntamente com a devida documentação ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Vale do Taquari - Univates (Coep/Univates), gerando o parecer de aprovação número 6.008.064.

Essa pesquisa está ancorada pela Resolução nº 466/2012, que garante o anonimato sobre a identidade dos participantes e considera o respeito e proteção de seus direitos, por meio do sigilo de informações confidenciais, da interrupção do participante na pesquisa sem lhe causar qualquer prejuízo, da não obrigatoriedade do participante a responder todas as perguntas e também se desejar, terá o conhecimento sobre o resultado desta pesquisa. Por fim, vale informar que os conteúdos obtidos nas entrevistas serão arquivados pela pesquisadora no período de cinco anos, conforme ainda prevê a mesma resolução (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sentidos produzidos nas narrativas maternas deram vazão à construção de três categorias temáticas: “do bebê imaginário ao encontro com o bebê real prematuro”; “o bebê real diante a hospitalização” e “compreendendo a rede de apoio utilizada pelas mães”.

### DO BEBÊ IMAGINÁRIO AO ENCONTRO COM O BEBÊ REAL PREMATURO

Esta categoria engloba as expectativas das mães ainda gestantes acerca do seu bebê imaginário, assim como, o encontro com o bebê real após o nascimento. Para identificarmos a construção subjetiva das mães acerca do seu bebê imaginário, contempla também, compreendermos suas expectativas sobre a gestação.

Neves, Ravelli e Lemos (2010) afirmam que tudo que os futuros pais esperam é por uma gestação calma, tranquila e sem intercorrências, entretanto, nem sempre isso ocorre. Por vezes, o parto prematuro pode vir a acontecer, tal como uma gravidez de risco; assim, necessitando a antecipação do nascimento a fim de resguardar a vida do bebê, do mesmo modo que a da mãe (Neves, Ravelli e Lemos, 2010). Neste sentido, para as mães F, A e C foi unânime o ideal de um gestar tranquilo e saudável: *“Ah, a expectativa que a gente tem sobre a gestação, é que seja uma gestação tranquila, né... [...] Aí a gente sabe que mais pra frente vai sentir algumas dores, mas as expectativas são boas, que ocorresse bem”*. A mãe A manifesta: *“Foi uma surpresa no início pra mim. Mas eu pensava que fosse ocorrer tudo bem. Desde o início eu tive sangramento, então foi bem complicado. Eu fiquei uns 2, 3 meses afastada do serviço. Aí eu voltei, mas mesmo assim continuava sangrando bastante”* e a mãe C: *“Ah, [as expectativas] eram as melhores possíveis! Depois deu intercorrências, mas, no começo foi bem tranquilo assim... Tudo era uma alegria! Cada evolução...”*

Através das narrativas, pode-se perceber que apesar de o nascimento não ter ocorrido no tempo previsto e o contexto ser diferente do ideal das mães, com por exemplo as intercorrências em seu estado de saúde, algumas das mães demonstraram uma maior flexibilidade em relação às “mudança de planos”, o que a literatura aborda como sendo possibilitado pelos recursos psicológicos e de apoio destas mães. Algumas mostram-se mais fragilizadas e/ou desnorteadas, enquanto outras apresentam maiores recursos psicológicos de enfrentamento; em outras palavras, estes recursos relacionam-se a aspectos psicodinâmicos do sujeito, o que varia de acordo com a história de vida de cada uma das mães, do grau de

amadurecimento emocional, do modo como vivenciaram outras experiências e da disponibilidade de pessoas que atuem enquanto suporte social (Carvalho e Pereira, 2017).

Ainda sobre o nascimento prematuro, uma das mães disse: *“Eu imaginava que ela iria nascer no tempo certo. Mas, veio antes. Eu pensei que por isso, ela não estaria toda formadinha. Mas estava! Estava ali! Toda formadinha, nos detalhezinhos.”* (Mãe A). Outras mães dialogam sobre os aspectos físicos de seus bebês,

*“Ah, pra mim ele nasceu lindo, perfeito, maravilhoso, estou apaixonada né! O decorrer, como aconteceu... Que a gente sempre espera que vá até o final da gestação, tudo certinho né. Mas como veio antes, então, pra mim, por mais ter passado na UTI, ter ficado 1 dia 2 dias mais ruinzinho, mas a emoção de ver ele ali, o rostinho dele, não tem explicação. Eu imaginava a feição dele que ia ser parecido com o outro, achei ele bem parecidinho, os braços do mano”* (Mãe I)

A mãe D corrobora: *“Eu pensei que fosse parecer comigo, mas nasceu a cara do pai e diferente do que eu imaginei com a questão de ela ser prematura”*. Apesar de diferentes narrativas, todas as mães pareceram idealizar o seu bebê conforme corrobora a literatura (Lebovici, 1987).

Brazelton e Cramer (citado por Fleck e Piccinini, 2013), discorrem sobre nascimentos pré termos, referindo nestes um momento intenso e complexo para estas mães, visto que estas deparam-se com um bebê frágil, pequeno, pálido e imaturo, em contrapartida ao bebê até então imaginado. Seguindo esta linha de entendimento, a mãe F dialoga *“ele veio muito pequenininho né, aí dá aquele susto, a gente não sabe como vai ser, se ele vai vir gordinho fofinho. Aí ele veio com o olho bem pequenininho, a gente fica com um receio de chegar perto. Isso assusta um pouco. Eu acho que a diferença mais impactante é a do tamanho”*. Diante dos relatos, pode-se perceber que em certo grau, foi possível diferenciar o que as mães desejavam desta gestação para o que imaginavam de seus bebês, conforme elucidado pela literatura (Lebovici, 1987, citado por Fleck e Piccinini, 2013). Ao invés de relatarem apenas seus desejos e idealizações em relação ao filho na gestação, elas pareceram proteger-se emocionalmente, considerando a possibilidade de seus filhos não corresponderem aos seus desejos (Fleck e Piccinini, 2013 p. 21).

De todas as mães, três referiram que a gestação não havia sido planejada (A, B e D). Em duas das mães que participaram da pesquisa (B e J), foi percebido um pouco mais de dificuldade em dialogar sobre as características e expectativas imaginadas sobre o filho, assim como sobre a maternidade. Uma das mães (J) verbalizou não haver diferença entre o bebê que imaginou durante a gestação e o real prematuro. A dificuldade em dialogar sobre os

aspectos imaginados é elucidada pela literatura como podendo estar relacionada ao nascimento antecipado do bebê, somado às preocupações com a conjuntura da internação neonatal naquele mesmo momento em que respondiam às questões (Wirth, 2000 citado por Fleck e Piccinini, 2013).

Ainda em relação às expectativas, assim como aos sentimentos e emoções emergentes, a mãe D expressou:

*“Senti medo. Não sabia se ia conseguir ser uma boa mãe. Minha psicóloga conversou comigo também sobre os papéis: o deixar de ser filha para ser mãe. Eu conversei com a minha mãe também sobre isso e ela me ajudou. Consegui pesquisar bastante coisa. Eu ficava imaginando, se ia ser parecida comigo, ou com o pai... de como ela iria ser, as características dela.”*

Estes questionamentos e reflexões expostos pela entrevistada, são levantados pela literatura como característicos do momento da maternidade, onde podem emergir representações que temos aos papéis da figura materna, podendo gerar indagações, sentimentos positivos ou negativos relacionados à capacidade de exercer a maternidade (Peixoto et al, 2012). Os medos e as fantasias também emergiram em narrativas, como dialogado pelas mães: *“Porque a gente tem medo e pensa “será que eles estão escondendo alguma coisa da gente?”* Mãe F; *O médico me disse, “a gente vai fazer o parto às 16h da tarde”, eu nunca mais parei de chorar; eu tava com medo, sabia que ele iria precisar ir pra UTI se nascesse naquela semana. Mas eu entrei em desespero assim, “meu deus e agora, o que vai acontecer?”* Mãe H.

Corroborando com as narrativas maternas, os estudos de Lima (2013) mostraram que a internação neonatal do bebê despertou nas mães sentimentos com medo, angústia, dor, sensação de perda, desespero e tristeza. Sobre acolher os sentimentos e as emoções das mães, Carvalho e Pereira (2017) dialogam sobre a importância de possibilitar às mães, que elas expressem seus medos, pois uma vez que estes medos elucidam a realidade da internação, outrora possibilitam a elaboração gradual do luto pelo bebê imaginado aos poucos em que se familiariza com seu bebê da realidade.

## **O BEBÊ REAL DIANTE A HOSPITALIZAÇÃO**

A categoria “O bebê real diante a hospitalização” aborda os aspectos referentes à internação neonatal do bebê e os discursos maternos frente ao momento. A expectativa de

sair do hospital juntamente com o bebê é um cenário tido como ideal desde a gestação até o nascimento do filho. Nesta perspectiva, com o recebimento de uma notícia de que o bebê demandará de cuidados especializados em uma UTIN, os pais são surpreendidos também, com diversos sentimentos para além daqueles advindos com o nascimento de um bebê de risco, como a angústia, o desespero e a insegurança, sejam eles frente ao momento, quanto ao futuro que muitas vezes acaba por se tornar incerto; ou então, pelo medo e pela culpa de deixar o filho hospitalizado sem levá-lo para casa (Oliveira, et al 2013). Neste contexto, uma das mães dialoga sobre a necessidade de internação:

*“Hoje, quinta-feira, eu tô mais calma, ontem eu chorei muito. Sair daqui e deixar ele é a parte mais difícil, sabendo que ele tava bem né. E aí quando ele começou a pegar o peito, tu não quer ir embora. Tu quer ficar. Tu quer dar colo, quer cuidar. Então ontem foi muito difícil sair daqui” (Mãe H).*

Os sentimentos de insuficiência e culpa expressos pela mãe são comuns entre as entrevistadas. Bowlby (1982) citado por Fleck e Piccinini (2013), explana sobre a conceituação de ambivalência, como sendo um conflito natural das nossas ligações enquanto ser humano. Essa ambivalência ocorre, pois, o bebê é para a mãe desconhecido e protegido ao mesmo tempo, gerando uma sensação de completude e ansiedade (Lebovici, 1987 citado por Fleck e Piccinini, 2013). Assim, nestes casos, o gestar pode vir seguido pela culpa de não ter conseguido completar a gestação e dar a luz a um filho prematuro. A mãe D dialoga nesta mesma perspectiva:

*“No começo foi tranquilo eu saber que ela tinha que vir pra cá, porque todo mundo ficava falando que ela ia ser bem cuidada e isso e aquilo que tem um monte de gente, mas depois que ela veio e aí quando eu vim ver ela, por mais que tenha um monte de gente, e que está está bem cuidada, dá um aperto no peito. Ontem em casa eu chorei horrores de saudade” (Mãe D).*

A necessidade de internação neonatal surgiu como um “choque/baque” em comum por algumas das mães e exemplificadas nas narrações aqui destacadas; isso pode vir a se acentuar de acordo com as expectativas da mãe e a realidade imposta, que muitas vezes são distintas e de difícil compreensão. Nesta perspectiva, a mãe I dialoga:

*“Foi um choque ver ele com os aparelhos, foi um pouquinho no oxigênio... Não ficou muito, foi só um dia. Mas daí, ah... Foi bem sofrido, chorei bastante, mas graças a Deus tá passando, ele foi melhorando, hoje ele tá bem melhor, mas é um choque quando a gente escuta “ah, tem que ir pra UTI” né, que toda mãe espera tu ter seu filho ali, segurando ele nos braços e cuidar dele de pertinho” (Mãe I)*

Neste mesmo viés de pensamento, a mãe D conta: *“Ter que deixar ela aqui é muito ruim pra mim. Meu namorado ele até fala, que ela tá sendo bem cuidada, que tem um monte de gente, mas é que tipo, pra mim, eu preferia ta no lugar dela.”* (mãe D).

Ao encontro das narrativas, Carvalho e Pereira (2017) verificaram em sua pesquisa, que a compreensão da família acerca da UTI neonatal equivale à separação mãe-bebê, visto a distância na hora de ir para casa, assim como a presença de incubadora - ocasionando um afastamento tanto físico quanto subjetivo - e em algumas situações, a impossibilidade de levar o bebê ao colo em um primeiro momento.

Outrora, esta realidade mostrou-se mais compreensível à medida que algumas mães tiveram uma maior aproximação com a possibilidade de internação neonatal ainda na gestação, como conta a Mãe C *“É que com 24 semanas meu colo já tava fino né, então fiz o procedimento pra segurar. Então a gente já esperava que com 32, 34 semanas no máximo iria vir. Mas a gente já estava preparado com a UTI, que iria nascer antes, mas quanto a isso bem tranquilo, a gente tá bem tranquilo com isso”*. A mãe E corrobora: *“Eu já imaginava, não era algo que eu me desesperasse. Já tinham conversado comigo sobre isso”*.

A figura do profissional de saúde emergiu como uma referência de segurança neste momento, como trouxeram algumas mães. Pode-se perceber que os esclarecimentos sobre o quadro clínico da mãe para o casal e os possíveis direcionamentos durante parto e pós parto, possibilitou que elaborassem melhor o momento e a necessidade de internação neonatal do bebê.

*“Nenhuma dificuldade, graças a Deus. Como eu falei, a equipe ajudou bastante. O médico sempre orientou o que ia fazer, tanto que na hora do parto eu tava assim... É o meu primeiro. Eu nunca tinha passado por cirurgia antes. Aí o médico perguntou, o anestesista também. Aí o médico chegou em mim e falou, “olha, eu vou te explicar porque a gente vai tirar o teu nenê, aí explicou que por causa da pré-eclâmpsia e me explicou, [...] Aí isso me tranquilizou mais, porque eles chegaram e me falaram, foram claros de falar o que é que tava acontecendo (Mãe F).*

A mãe H dialoga:

*“Eu senti muito medo, porque quando eu internei... na verdade quando eu vim pra cá pra fazer uma eco na quarta-feira passada. E quando eu cheguei na ecografia, o médico disse “tu não vai com a tua gestação até o final”. E do consultório do meu obstetra eu vim prá cá. Então assim, eu sabia que existia o risco dele nascer antes, porque em duas ecos antes eu já tinha líquido diminuído, e foi por isso que ele nasceu, mas eu não imaginei que seria prematuro como foi. Então assim, é exatamente isso, é o ideal e o real. Na gestação anterior eu não tive problema nenhum. Nada. Absolutamente nada. E agora, tudo virou de perna pra cima! Porque, além de ter a*

*preocupação com o nascimento prematuro, o parto prematuro, eu tinha preocupação com o filho em casa”*

Correlacionando com a fala das mães, a literatura explana sobre os fatores que permeiam o emocional das mães na conjuntura da internação. Carvalho e Pereira (2017), nos achados de sua pesquisa dialogam sobre as dificuldades emergentes dos pais em relação a outro(s) filhos do casal, sugerindo sentimentos de culpa ao ausentar-se de casa, afastando-se de um filho para aproximar-se de outro recém nascido fragilizado.

## **COMPREENDENDO A REDE DE APOIO UTILIZADA PELAS MÃES**

Diante do cenário da prematuridade, diversas esferas perpassam a vivência e o processo de elaboração dos pais que estão enfrentando a hospitalização do seu bebê em uma UTI neonatal. Aproximadamente nos últimos 20 anos, juntamente com os avanços tecnológicos e a criação de iniciativas, tem-se ampliado o olhar para questões subjetivas e ao bem estar emocional dos envolvidos. Quando nos direcionamos para o enfrentamento das mães sobre o contexto neonatal vivenciado, ações podem atuar de modo a auxiliá-las a lidar e a elaborar as situações encontradas.

Nesta categoria foram compiladas diversas formas de apoio significantes narradas pelas mães. Dentre elas, o apoio familiar, seja do companheiro ou marido, pais e avós; a rede de apoio entre amigos, colegas e conhecidos; a espiritualidade; a religião; ao vínculo com a equipe multiprofissional e a atuação da psicologia.

No ambiente hospitalar, mais precisamente na UTI neonatal, as práticas dos profissionais da equipe, juntamente com a tríade: equipe, pacientes e seus familiares, levam como embasamento e são norteadas pelas políticas e resoluções previstas. Acredita-se que as ações da equipe multiprofissional dos serviços de saúde são uma das mais importantes redes de apoio aos pais, pois contribuem para a criação de vínculo e o estabelecimento de confiança entre os cuidadores (Montagner; Arenales; Rodrigues, 2022). Relacionando-se a estas perspectivas, a mãe F dialoga sobre vínculo entre os pais e a equipe multiprofissional:

*“Tive contato com outras médicas, outra psicóloga passou lá no quarto para conversar comigo, aí me tranquilizou um pouco. Eu sei que eu chorei bastante! A gente entra em pânico e chora junto! Mas isso me ajudou bastante a dar uma acalmada, colocar os ânimos no lugar, os pensamentos! E aqui eu vi graças a Deus que eles têm essa preocupação. Eu não sou daqui, eu sou nordestina. Então, a gente vê... E eu não só*

*morei lá, eu já morei (sou pernambucana), morei um tempão em Fortaleza, então, a gente tem um pouco de diferença de cultura, mas também a gente passa por várias experiências né, então a gente sabe. Também morei em Estrela, e a gente sabe que aqui eles têm esse cuidado, não só de cuidar fisicamente, mas com o psicólogo também pra conversar.” (Mãe F)*

Sob esse olhar, vale salientar a importância do profissional de saúde em conceder o acolhimento, a informação, o cuidado e a empatia ao recém-nascido e sua família, esclarecendo as dúvidas das mães e familiares, oferecendo suporte durante a adaptação dos mesmos na UTIN (Exequiel et al, 2019 p. 7).

Quando pensamos em cuidados neonatais, estes perpassam para além do clínico e do físico, mas também para a esfera subjetiva e mental dos envolvidos. Neste sentido, o atendimento psicológico é oferecido aos pais durante o período de internação. Os atendimentos ocorrem de modo a acolher as demandas geradas pelo processo de internação, diminuindo os agravos emocionais advindos com este período (Montagner et al, 2022). De acordo com Aftyka, Rozalska e Milanowska (2020) o suporte emocional é a principal estratégia utilizada por mães e pais de bebês internados em uma UTI neonatal. Acredita-se que através da troca e do cultivo de laços afetivos entre os bebês e seus cuidadores, estes tendem a se sentir mais próximos e participativos dos cuidados com seus filhos.

A conceituação de rede de apoio aqui abordada, envolve a perspectiva de apoio social, podendo ser definido como recursos que o sujeito tem disponível através de outras pessoas (Montagner et al, 2022). Além da percepção dos recursos, a conceituação envolve a identificação das diferentes funções desse apoio, como informacional e emocional (Montagner et al, 2022, p. 2). Nesta perspectiva, a mãe H dialoga: *“Eu tenho uma rede de apoio muito boa. A minha sogra já cuida do meu filho, todos os dias de manhã ela fica com ele. Ai agora com a função da gente estar aqui ela tem nos auxiliado mais”*; a Mãe C *“Nós temos os dindos delas, dela... E nossos pais. A família toda no caso”*; e a mãe G *“A rede de apoio é muito importante. Minha mãe sempre teve do meu lado. O pai dela. Minha sogra. Tem a bisa, a bisa disse que ia visitar ela só uma vez porque não conseguia ver ela com esses caninhos. Ela tem duas bisas. E as avós vinham todos os dias quase no horário de visitas”*. Em relação a família enquanto rede de apoio, salienta-se que das mães entrevistadas, todas nomearam de algum modo a família enquanto fonte de apoio para enfrentar o momento. Ainda na perspectiva familiar enquanto apoio, a mãe I dialoga sobre sua ligação com a religião e o quão significativo é para ela:

*“Com certeza minha família né. Meu marido esteve do meu lado, meu filho, meus irmãos... minha família mandando mensagem, apoio. Não ali presente fisicamente, mas em pensamento e no coração. E Deus, que foi meu maior suporte que eu pedi muito e ele ouviu! Então eu acho que a maior segurança que eu tive foi Deus e a fé. Eu sou católica, mas independente... Eu respeito todas as religiões. Eu acredito que Deus é só um e a gente tem que se agarrar com ele, senão a gente não consegue enfrentar. Eu acho que todas as coisas são importantes, mas Deus, a fé, a gente acreditar... É mais importante. É um mistério que eu chamo de perfeição de Deus, que não existe milagre mais perfeito do que gerar uma vida, não existe.”*

Exequiel et al (2019) aborda em seu estudo que uma das principais formas de apoio que acompanha os pais dos bebês que estão internados em UTI neonatal, é a através da fé e da espiritualidade; atuam enquanto suporte às dificuldades enfrentadas, proporcionando sentimentos de esperança, confiança, consolo e alívio em relação ao enfrentamento desse contexto. A espiritualidade transmite para a família segurança, serenidade e, de certo modo, controle das situações estressantes pelas quais passam no decorrer do tratamento (Santos, 2012 p. 2794). Seguindo esta perspectiva, as mães dialogam:

*“Ter fé e confiar que ia dar certo né. Muita fé. A gente já era de rezar todos os dias, mas aumentou. E muitas pessoas fazendo oração, todo mundo fazendo correntes de oração pra ela e as pessoas assim vindo falar todos os dias, um monte de gente vindo dar forças. Pessoas, amigas mais próximas, essas duas que passaram por isso me deram muita força” (mãe G)*

*“Ah, a minha mãe me apoia bastante. Mas é mais a gente mesmo. A gente precisa ter força pra enfrentar. As outras pessoas falam, conversam, dão forças assim com as palavras, mas, nada é suficiente pra ter força. Eu tinha o hábito de agradecer menos, mas bá, por tudo que a gente enfrenta, a gente tem que agradecer. Querendo ou não, eu acho que a fé ajuda um monte” (mãe A)*

Sobre outras formas de apoio narradas, a mãe D conta o que a faz enfrentar o momento: *“Ver as fotinhos dela e os vídeos. Ontem de tarde, não, de manhã, foi o primeiro banho dela. Aí ontem de noite eu fiquei assistindo todos os vídeos. Sempre que a gente vem, a gente tira uma fotinho dela. A minha mãe e o meu namorado me acalmam”*. A rede de apoio composta pelos familiares, amigos, vizinhos e colegas, seja através de visitas, mensagens via redes sociais, palavras de conforto e esperança, tende a atuar como uma forma de suporte

emocional neste momento de vida dos pais, atravessada pela incerteza quanto à saúde do filho (Exequiel, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta pesquisa, foi possível evidenciar através das narrativas maternas, que a maior parte das mães conseguiu dialogar sobre o período de hospitalização de seu bebê prematuro, expressando sentimentos, emoções e percepções sobre o contexto vivenciado. Sentimentos ambivalentes como medo, inseguranças, juntamente com a felicidade de um nascimento surgiram em comunhão pelas mães entrevistadas. As idealizações frente aos aspectos físicos e clínicos dos bebês deram origem ao que a literatura aborda enquanto bebê imaginário, fazendo parte desta construção subjetiva das entrevistadas durante o processo de tornar-se mãe. Ainda, duas das participantes apresentaram mais dificuldades em dialogar sobre a maternidade, o que torna-se compreensível frente ao estresse vivenciado neste contexto, bem como em conjunto com a elaboração subjetiva e prematura das mudanças dos papéis no âmbito familiar.

Em relação aos recursos de apoio emergentes nas narrativas maternas, pode-se destacar tópicos como a ligação com a espiritualidade - mais precisamente relacionada à fé, gratidão -; a religião, cada qual com seus direcionamentos e a rede de apoio social, envolvendo familiares e amigos, como um elo importante no enfrentamento deste momento. Sobre a vinculação com a equipe multidisciplinar, foi destacado pelas mães como uma fonte de segurança e apoio para elas. Dentre a equipe multidisciplinar, a atuação da psicologia foi salientada pelas mães, e corroborada pela literatura, como um importante auxílio diante as demandas emocionais e psicológicas advindas com este momento. Por fim, considera-se de suma importância a fomentação de estudos e pesquisas nesta temática, a fim de possibilitar a continuidade de um cuidado humanizado e a criação de novas estratégias multiprofissionais que contemplem as demandas neonatais.

## REFERÊNCIAS

AFTYKA, A.; ROZALSKA, J. MILANOWSKA, I. Is post-traumatic growth possible in the parents of former patients of neonatal intensive care units? **Ann Agric Environ Med.** 2020, pp. 106-112. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32208588>>.

ALMEIDA, A. C. M. et al. Cotidiano de mães acompanhantes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem UFPE**, jul 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22640/29478>>.

ANTUNES, M. S. C.; PATROCÍNIO. A malformação do bebê. Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2007, pp. 240-249.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013

BOWLBY, J. (1982) Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, Larissa da Silva; PEREIRA, Conceição de Maria Contente. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro* , v. 20, n. 2, p. 101-122, dez. 2017 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 jan. 2024.

COSTA, DG, Chagas, GMS & Souza, NR. (2009). Educação em saúde mães em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal *Ciência ET Prática*,

DA SILVA CARVALHO, Larissa; PEREIRA, Conceição de Maria Contente. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 20, n. 2, p. 101-122, 2017.

DOS SANTOS, Luciano Marques et al. Rede e apoio social de pais de prematuros hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 4, n. 4, p. 2789-2796, 2012.

ELIAS, V. de A.; PEREZ, G. H. MORETTO, M. L. T. BARBOSA, L. F. Horizontes da Psicologia Hospitalar. saberes e fazeres. Atheneu: São Paulo, 1 ed. 2015.

EXEQUIEL, Nathalya Pereira et al. Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva: Family experiences of the neonate hospitalized in a intensive therapy unit. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019.

FARINHAS, G. V. (2017). Os sentidos produzidos nos discursos de mães frente ao nascimento de filhos com malformação labiopalatal e os recursos da rede do SUS

disponibilizados para o cuidado. Dissertação de Mestrado, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

FLECK, Adriana; PICCININI, César Augusto. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia, Canoas*, n. 40, p. 14-30, abr. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100003&lng=pt&nrm=iso)>

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEBOVICI, S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Traduzido por Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.

MARCHETTI, Débora; MOREIRA, Mariana Calesso. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário?. *Revista Psicologia e Saúde*, 2015.

MONTAGNER, C. D.; ARENALES, N. G.; RODRIGUES, O. M. P. R. Mães de bebês em UTIN: rede de apoio e estratégias de enfrentamento. *Fractal: Revista de Psicologia* [online]. 2022, v. 34. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/28423>>.

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. Dias Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Mãe Canguru): percepções de puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2010, v. 31, n. 1, pp. 48-54. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100007>>.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery* [online]. 2013, v. 17, n. 1, pp. 46-53. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>>.

SPINK, M. J. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Cap. II, A produção de sentidos na perspectiva da linguagem em ação. p. 26-37.

STEIBEL, D. Da observação ao atendimento na UTI neonatal: por uma intervenção menos intervencionista. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, abril de 2015.

TAVARES, R. C. O bebê imaginário: uma breve exploração do conceito. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. (Online). 2017, v. 18, n. 1, pp. 69-81. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848247?lang=pt>>.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa. São Paulo: Atlas, 1987.

WHIRT (2000). A aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. Em: N. A. Caron (Orgs). A Relação Pais-Bebê: da observação a clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ZORNIG, S. A. J.; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2004, v. 7, n. 4, pp. 135-143. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-47142004004009>>.